



Narrativas de violência e saúde mental
experiências e territórios

Carlos Alberto Severo Garcia-Jr.
Roger Flores Ceccon
Organizadores

A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha *e livro, e-livres*, de financiamento colaborativo. As doações podem ser feitas através do PIX:

editora@redeunida.org.br.

Acesse a página
editora.redeunida.org.br/quero-apoiar
e faça sua doação.

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa as vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA:
editora.redeunida.org.br.

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos e o marcador da avaliação do impacto da Editora, Ajude a divulgar essa ideia.



Narrativas de violência e saúde mental: experiências e territórios

Carlos Alberto Severo Garcia-Jr.
Roger Flores Ceccon

Organizadores

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Cecon, Stephany Yolanda Ril, Virgínia de Menezes Portes.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Àngel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);
Berta Paz Lorigo (Universitat de les Illes Balears, Espanha);
Célia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
Héider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);

Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Camila Fontana Roman

Normatização

Cleidiane Aparecida de Quadra

Imagem Capa

Charlotte Harrison



FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

N234

Narrativas de violência e saúde mental: experiências e territórios /
Organizadores: Carlos Alberto Severo Garcia Jr. e Roger Flores Ceccon – 1. ed. --
Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024.
423 p. (Série Saúde Mental Coletiva, v.11).
E-book: PDF.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-5462-114-4

DOI 10.18310/9786554621144

1. Saúde Mental. 2. Problemas Sociais. 3. Saúde Pública. 4. Política Pública. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WM 101
CDU 364.622

Ficha catalográfica elaborada por Alana Santos de Souza
Bibliotecária – CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252.

www.redeunida.org.br

Sumário

Prefácio

Alcindo Antônio Ferla9

Apresentação

Carlos Alberto Severo Garcia-Jr., Roger Flores Ceccon 17

Capítulo 1 - Construindo caminhos para um cuidado coletivo e ampliado: uma interface entre violência e saúde mental

Gabriela Fernandes Chaves Lira, Caio Milhomem, Grazyelle Sarah Gois Aguiar, Lara Borges de Sousa Peres 19

Capítulo 2 - Escuta em movimento: em busca de uma prática não violenta em saúde mental

Fernanda Ribeiro Feola, Luciana Rodrigues..... 37

Capítulo 3 - Violência estrutural e determinantes sociais de saúde (mental): ações em um território de vulnerabilidade

André Crescêncio de Souza, Rafael Zaneripe de Souza Nunes, Marcos Bauer Torriani, Leticia Monteiro Bettiol, Tatiane Vanessa Rodrigues Macarini, Luciane Bisognin Ceretta, Karin Martins Gomes, Lisiane Tuon 59

Capítulo 4 - Na favela ninguém tem sossego: reflexões a partir de uma experiência psicossocial na maré

Dayana Christina Ramos de Souza Juliano, Stallone Pereira Abrantes 76

Capítulo 5 - A gestão autônoma da medicação como prática de cuidado em um CAPS AD II em Belém do Pará

Vitor Igor Fernandes Ramos, Károl Veiga Cabral 89

Capítulo 6 - “Como foi sua infância?”: o amparo à criança como indicador em saúde mental

Wanessa Alessandra Braga Chagas, Kátia Goretti Veloso Lins, Débora Luiza Marques 103

Capítulo 7 - Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência: a psicologia dentro da intersectorialidade e da multidisciplinaridade

Monique Scapinello, Cláudia Regina Radaelli, Daiana Maria Batista 120

Capítulo 8 - “Só quero pensão para o meu filho/a”: entre violações de direitos e saúde mental de crianças e adolescentes

Gabriela de Moraes Sganzerla, Michele da Rocha Cervo, Eloísa Harmuch, Maria Victória Cecato Dal Magro, Amanda Laís Maciel Kugeratski, Amanda Pessoa 139

Capítulo 9 - A implicação da família no processo terapêutico de crianças e adolescentes

Maycon Douglas Silva Ribeiro..... 157

Capítulo 10 - Aspectos da saúde mental de cuidadores e suas repercussões na violência contra idosos

Bruna Teixeira da Costa, Ana Meirellen Souza França, Emille Macedo Braga, Enzo Pietro Oliveira Almeida, Fernanda de Santana Rabelo, Heloísa Heim, Lara Rodrigues Santos Silva, Thayris Queiroz Silva, Laura Regia Oliveira Cordeiro 177

Capítulo 11 - Violência interpessoal contra homens idosos no Brasil: desafios na “Era do Envelhecimento Saudável”

Cristiane Damiani Tomasi, Joel Viegas Junior, Yasmim Fabris Colonetti, Carlos Alberto Severo Garcia Jr., Sheila Rúbia Lindner 196

Capítulo 12 -A influência da religiosidade/ espiritualidade na saúde mental durante o processo de envelhecimento

Any Soares Santana, Monique Brandao Santos Bastos, Nagila Francielle de Almeida Marques, Helena Moraes Cortes, Paula Hayasi Pinho..... 214

Capítulo 13 - Violência de gênero entre parceiros íntimos e a escola em Nampula-Moçambique

Lucildina Muzuri Conferso Sunde, Izabella Barison Matos, Roger Flores Cecon..... 233

Capítulo 14 - Violência contra mulheres nos relacionamentos amorosos: crença em um mundo justo e vitimização secundária

Suiane Magalhães Tavares, Carlos Eduardo Pimentel, Cicero Roberto Pereira, Débora Cristina Nascimento de Lima 255

Capítulo 15 - Projeto Vida: um relato de experiência de monitoramento dos casos de tentativas de suicídio no município de Fraiburgo/SC no período entre 2014 e 2022 <i>Bethania Santos Vieira Rohling, Geovana Liebl, Jeferson Rodrigues, Lizandra da Silva Menegon</i>	264
Capítulo 16 - Racismo, branquitude e saúde: reflexões a partir do processo formativo de uma enfermeira especialista em saúde mental coletiva <i>Raíza Böger, Bruna Battistelli, Gisele Martins Gomes</i>	285
Capítulo 17 - Financiamento público das comunidades terapêuticas do distrito federal (2019-2022): cancelamento estatal à violência manicomial <i>Lúcio Carvalho de Freitas Junior, Pedro Henrique Antunes da Costa</i>	309
Capítulo 18 - A psicanálise em um centro de referência da assistência social: uma escuta do desejo em territórios subjetivos <i>Maycon Douglas Silva Ribeiro, Robenilson Moura Barreto</i>	334
Capítulo 19 - Um olhar existencialista sartreano sobre redução de danos e saúde mental <i>Jaqueline Patrícia do Amaral, Stephany Yolanda Ril, Virginia de Menezes Portes, João Batista de Oliveira Junior</i>	350
Capítulo 20 - Amorosidade na psicoterapia: manejo clínico de mulheres para enfrentamento da violência <i>Ana Paula Chagas Monteiro Leite</i>	367
Capítulo 21 - Transtornos mentais em pessoas que vivem com HIV/Aids na America Latina <i>Ana Cláudia Pimentel, Roger Flores Ceccon</i>	388
Sobre os autores	411

Prefácio

Refletir sobre o cotidiano da produção de saúde em territórios e inovação na ciência: narrativas densas como produção de saúde mental e combate à violência

Alcindo Antônio Ferla

Quero agradecer o convite para prefaciар “Narrativas de violência e saúde mental: experiências e territórios” aos organizadores, amigos queridos e sanitарistas de indiscutível capacidade de diálogos interdisciplinares e com os territórios, na melhor tradição da saúde coletiva brasileira, como nos ensinou Madel Luz (2023). Certo que muitos sanitарistas ainda não aprenderam a absorver a complexidade como desafio à inovação no pensamento deste campo de saberes e práticas e, por isso mesmo, o agradecimento é muito sincero, que fala de confiança e uma perspectiva compartilhada do que é ser sanitарista. Agradeço o generoso convite, mas também a oportunidade de dialogar em primeira mão com a coleção de textos que compõe o livro. Há muito o que falar sobre a produção, como buscarei explicar adiante.

É desnecessário falar sobre o compromisso ético e político dos organizadores, os professores Carlos Alberto Severo Garcia Jr. e Roger Flores Cecon, com o campo de saberes e práticas da Saúde Coletiva. Ambos têm transbordante produção intelectual, tradição de docência, pesquisa e atuação social, que fala por si. Mas aqui temos uma artesanía muito particular, que talvez seja mais preciso caracterizar o que fizeram como uma curadoria para compor o livro. Desde a chamada de manuscritos, até a organização, revisão e sequenciamento dos textos. Eu gosto muito (do *gosto estético*, que amplia as fronteiras do pensamento e da ação, como em Deleuze e Guattari), mas também político (que produz inclusão de vozes e pensamentos periferizados), de ver produções que buscam diálogos com o cotidiano. Essa é uma necessidade urgente do nosso tempo. Vou falar um pouco sobre essa inovação e a coragem de inovar, que deveria ser o cotidiano da Saúde Coletiva, sobretudo o diálogo com o cotidiano. Não é de uma inovação igual à novidade, tão ao gosto do

mercado capitalístico, mas de *virada epistêmica*, de transformação dos modos de pensar e fazer ciência, nesse caso.

Ah, poderão dizer alguns, mas toda produção intelectual se relaciona com o cotidiano! Sim e não. O conhecimento brota no cotidiano e está relacionado ao trabalho das pessoas que mergulham no mundo da ciência e tecnologia. Não só. O conhecimento é do cotidiano das pessoas cujo *andar da vida*, na expressão do filósofo e médico francês George Canguilhem (1971), atravessa os campos empíricos da ciência e, não podemos esquecer, dos saberes tradicionais e ancestrais que estão ali em cada território. A ciência e o conhecimento que se produz desde a ciência não é da transcendência, como nos foi ensinado desde o Iluminismo (Ferla, 2021), e nem propriedade do cientista. É no território e, portanto, também na vida de cada pessoa que o compõe, que os conhecimentos e as tecnologias são sistematizados, mesmo aqueles que são, logo em seguida, sequestrados pelo interesse capitalista ou silenciados pelas forças vigentes.

No ciclo da ciência que vivemos, sobretudo desde a colonização da ciência pelo modo de produção capitalista, há um conjunto de separações e naturalismos que, justamente, tiram a ciência do cotidiano, que apenas se torna seu espaço de verificação e consumo. A primeira quebra é a separação do homem e da natureza, que impulsionou o pensamento filosófico clássico, mas cuja contribuição já está visivelmente superada pela fraticida destruição da natureza pelo homem, que nos levou a um ponto de quase não retorno de destruição das pessoas. Separar razão e emoção, civilização e barbárie também ultrapassou o ponto de contribuição do pensamento e, no todo, separou o humano das questões que lhe são relevantes, tornando as pessoas predominantemente consumidoras de conhecimentos e tecnologias. Nos processos de produção de conhecimentos, há uma evidente perda de si, como nas teorias do trabalho, o que produz alienação e sofrimento mental. Sofrimento mental que, aliás, é tema de diversos capítulos desta coletânea. O fluxo produtivo da ciência, cada vez mais, se assemelha às linhas de produção que esquadriharam o trabalho produtivo desde a *taylorização* e *fordização* das escalas produtivas (Luz, 2023).

O processo de alienação que toma conta de parte significativa da produção científica, em sua expressão mais perversa, é justamente o deslocamento que *despessoaliza* o conhecimento, como se fosse uma prescrição moral sobre a vida. São tantas as cenas de cuidado em saúde que não há escuta dos modos do *andar da vida* onde o usuário vive e significa sua saúde e o seu adoecimento e que as prescrições não incluem cálculos sobre os efeitos sobre a vida! São tantos os contatos entre equipes em que não há conexões interprofissionais (apenas

hierarquias) e que a relação com o usuário não inclui tecnologias leves, que são a alma do cuidado, como disse Merhy (2023) há tempos.

Esse processo de alienação tem duas consequências bem expressivas: como no medievo, onde o dogma era princípio de validação da ciência, para essa “camada” da ciência, a verdade também está num plano “superior” e inacessível à vida cotidiana, dado que foi colocado na *sacristia* dos laboratórios e publicações científicas “qualificáveis”; e, do ponto de vista epistemológico, torna essa ciência *portadora* dos limites do ciclo da ciência que vivemos, colonizando o pensamento dos cientistas que, em momentos de crise paradigmática como o que estamos atravessando, é um péssimo remédio. Replica-se, muitas vezes de forma ventríloca, técnicas e métodos disciplinares, mesmo diante de problemas complexos.

Bom, as duas consequências se encontram e potencializam a própria crise epistêmica: reafirma-se as condições da crise ao invés de mobilizar a superação, com uma *virada epistêmica*, provocando mais exercícios de reconhecimento das tensões entre as disciplinas (exercícios interdisciplinares de pensamento) e em diálogo com as lógicas do cotidiano. Aqui é preciso uma pequena pausa, para afirmar a natureza dessa construção textual. No período após a explicitação aguda da crise, bem visível no período dos três anos iniciais da pandemia de covid-19 no Brasil, toda crítica epistêmica tem necessidade política de registrar, em letras garrafais, que o negacionismo que atravessou a ação de profissionais da saúde, serviços, gestores e governantes – e o então Presidente do Brasil foi a voz mais estridente, pelo lugar institucional e pela nula pretensão de parecer minimamente erudito, como o ritual do cargo exige – não é a base do debate aqui proposto. Ao contrário, a crítica está voltada à busca de condições para a superação da crise “por dentro” da ciência, buscando engendrar um novo ciclo da ciência, que também é um novo ciclo civilizatório, dado que as crises da ciência e da condição civilizatória andam juntas. A crítica é antinegacionista e pelo movimento da ciência em direção a um platô paradigmático renovado.

Uma segunda consequência é que, como na linha de produção capitalista, a alienação das pessoas dos conhecimentos produzidos nas relações concretas, produz sofrimento mental, como demonstram os estudos da psicopatologia do trabalho. Violência e sofrimento mental são temas bem-marcados na coletânea de textos, aliás. Por isso, falar sobre eles desde iniciativas diversas que buscam superar os problemas em situações de cotidiano é um mecanismo oportuno para superar os limites que as ações de cuidado e gestão enfrentam, mas, também, colocar em circulação esses conhecimentos é um esforço epistêmico de produzir

avanços nas formas de pensar esses problemas. Por isso falava de coragem dos organizadores, em alguns parágrafos acima.

É preciso reconhecer que a crise epistêmica que vivemos, que também é uma crise civilizatória, como já disse, e a negação da ciência, no movimento que asfixiou milhares de vidas durante a pandemia de covid-19, como tem sido noticiado nos últimos tempos, se encontram justamente na negação do cotidiano como *setting* de produção de conhecimentos válidos e oportunos, como território vivo em que a complexidade do cotidiano vai gerando combinações de fatores, ora mais previsíveis, ora completamente imprevisíveis. A complexidade na produção da vida e da saúde faz percursos rizomáticos que somente podem ser compreendidos com um olhar sensível ao território, talvez ainda mais, com um corpo aberto ao território (Ferla, 2021).

Nunca é tarde para lembrar da dobra saber/poder, que ficou visível e evidente a partir da produção de Foucault (1989). O saber, que é anterior e superior ao cotidiano, produz um constrangimento ortopédico sobre os fenômenos que busca explicar: a explicação é, ao mesmo tempo, uma demonstração dos avanços do saber e um exercício de poder. Aqui que se encontram a alienação e a asfixia: a produção alienada de conhecimentos é o oposto da *aprendizagem significativa* (Ceccim Ferla, 2008), onde o conhecimento produzido com o corpo se torna a expressão da inteligência no sentido *freireano*. Na condição de conhecimento apenas como racionalismo, nem se produzem as mudanças no cotidiano, necessárias à vida e à saúde, nem se amplia a autonomia dos cientistas para resolver os problemas dos territórios onde estão inseridos, o que explicita o compromisso ético da ciência. Precisamos de uma atitude mais corajosa para com o cotidiano, seja na ação científica de produção de conhecimentos, seja na ação profissional de produção de saúde. Aliás, precisamos também reconhecer que, diante de situações de complexidade, há que se ter híbridos de produção de conhecimentos e produção de saúde, clivados pelos saberes locais. A expressão “cuidados territoriais” é uma boa forma de dizer, ao mesmo tempo, de “saberes situados” e de “práticas territoriais híbridas”, capazes de produzir mudanças em relação às forças que adoecem as pessoas, as coletividades e as sociedades.

As violências, os problemas de saúde mental, as violações de direitos das pessoas, a produção seriada de vulnerabilidades e hierarquização das vidas, a insuficiência na abordagem dos serviços de saúde e demais políticas públicas, e tantos outros temas que compõem a coletânea de manuscritos que chega às suas mãos agora, são ilustrativas das naturalizações, dos silenciamentos e dos colonialismos que nos cercam. Na coletânea, entretanto, com coragem e

capacidade de inovação, as autoras e os autores tornaram visíveis e, frequentemente, construíram narrativas que demonstram a possibilidade de enfrentar, tornando os encontros potentes para tensionar as condições objetivas e tirar do contexto forças para a mudança. Há na coletânea também um movimento de esperançamento freireano, de constatação e enfrentamento que, afinal, a vida pede passagem nesses territórios em que as narrativas emergiram. A narrativa não romantiza os problemas em análise, mas tensiona o pensamento para uma ação mais forte do que a constatação e a descrição do que incide sobre a produção da saúde, produzindo adoecimentos individuais e coletivos.

Bem, mas onde estaria o caminho do novo platô? Onde estaria a inovação? A produção científica recente nos ensina o começo desse caminho: interdisciplinaridade, andar pelas tensões entre o sabido e o ainda não sabido, os diálogos nos territórios (entre as *evidências* da ciência e as *evidências* do cotidiano), focar na dinâmica dos problemas complexos do cotidiano, enfrentar os dogmas contemporâneos em relação à pureza dos conhecimentos (alguém ainda não leu Canguilhem??).

O livro que circula desde esse momento é composto por 20 capítulos, que foram escritos por 66 autoras e autores, imersos em uma diversidade de territórios e com um arsenal de teorias e conceitos de diversas áreas disciplinares, com a marca da Saúde Coletiva. Os manuscritos, em formato de narrativas densas, no melhor do estilo da escola inaugurada por Walter Benjamin (*Walter Benedix Schönflies Benjamin*, ensaísta, crítico literário, tradutor, filósofo e sociólogo judeu e alemão associado à Escola de Frankfurt e à Teoria Crítica), onde o registro escrito, sonoro ou imagético de uma obra tendem a representar o universo simbólico do autor/ator, mas que também pode ser ocupado pela relação entre a coisa e o público (Benjamin, 2008). A narrativa, assim, não funciona só como força disciplinar e colonizadora, mas, ao contrário, também se torna capaz de refazer as representações, renovando as estruturas sociais. A estética da narrativa convida à conversa, chama para um plano de relações entre a escrita e quem a lê. O estilo narrativo não pretende tornar-se um objeto individualizado e único. Ao contrário, pretende construir diálogos rizomáticos com outras narrativas. Em uma narrativa, não há uma verdade absoluta que pretende se projetar sobre o cotidiano, mas uma verdade local que pretende deslocar o contexto cotidiano para um lugar mais saudável, mas democrático e que aumente a potência de cada vida.

Bem, aqui, por certo, preciso falar da escrita como exercício de educação permanente em saúde, no sentido de uma aprendizagem significativa que desloca fronteiras (Ceccim; Ferla, 2008). A escrita como narrativa requer

refletir densamente sobre o trabalho cotidiano, compartilhar ideias com as pessoas que compartilham aquele trabalho cotidiano, buscar explicações provisórias para o que se conseguiu fazer e prospectar movimentos que deslocam o possível para um pouco além (o inédito viável freireano!!!), sem buscar um novo estado ou uma condição ideal (Madel Luz já nos explicou, há tempos, que o ideal weberiano requer condições ideais e que essas nunca estão disponíveis, o que reduz o movimento de buscar a condição ideal uma mera tautologia). Eu li os textos desta coletânea e me impressiona a ousadia, a capacidade criativa, a coragem e o compromisso ético das autoras e dos autores. Aliás, sem medo de reconhecer o reducionismo de analisar o gênero das pessoas que ocuparam a autoria dos capítulos pelo atributo do sexo biológico (na verdade, uma análise muito precária dos nomes), essa é uma obra científica feminina, com aproximadamente 75% de autoras (há uma margem generosa para erros deste analista). Gostaria de ter a oportunidade de verificar os quesitos raça e etnia e de ter informações mais precisas sobre os territórios, para adensar a análise. Mas, independentemente disso, tenho a hipótese fundamentada nos lugares de fala que compuseram cada capítulo, que se trata de uma combinação diversa da que estamos habituados. Assim são as narrativas vivas: elas são mais diversas do que uma convocação à *ciência normal* (Kuhn, 2017). Mais importante do que o código de endereçamento postal e a minuciosa descrição identitária das pessoas, é a diversidade de lugares de fala que interessa destacar. Para falar de uma ciência que pertence – e quer pertencer – ao cotidiano das pessoas que trabalham e vivem em situações de violência e adoecimento mental, no caso desta coletânea.

Isso que dizia, lá no começo, que a organização foi, antes, uma curadoria. Carlos e Roger, por certo seguindo uma sensibilidade política, colheram cada narrativa com uma aposta singular: deslocar o pensamento sobre as violências, a saúde mental e as diferentes saúdes de cada território e de cada gente de um lugar de teoria abstrata para os lugares da vida vivida nos territórios, com sangue, suor, músculos e ossos, mas também com sonho, com militância, com amorosidade e com compromissos recíprocos. Abrir o pensamento da saúde às diversidades, sem naturalizar e romantizar as adversidades e com um compromisso de avançar muito e rápido em direção à equidade, é uma intencionalidade política visível e forte neste livro.

Além de cumprimentar, outra vez, os organizadores e a cada pessoa que aceitou o desafio proposto pelos dois, convido com veemência à leitura e à corajosa vertente produtiva proposta no livro. Vale a pena ler cada página como convite ao diálogo, à educação permanente em saúde, à defesa de cada vida e da

democracia, assim como a defesa do nosso planeta, que se esvai um pouco mais em cada violência nos territórios da produção de vida e de saúde, em cada omissão das políticas públicas. É um convite para arregaçar as mangas e fazer o que precisa ser feito! “Arregaçar as mangas” também é um convite para abrir mão das representações que nos alienam e produzir trabalho vivo como expressão estética da condição humana.

Referências

BENJAMIN, W. **A obra de arte na era de sua reprodutibilidade técnica**. Porto Alegre: LPM, 2018.

CANGUILHEM, G. **Lo normal y lo patológico**. Buenos Aires: Sigo Vinteuno, 1971.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A.. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1981-77462008000300003>.

FERLA, A. A.. Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, [S.L.], v. 5, n. 2, p. 81-94, 30 dez. 2021. Fundação Médica. <http://dx.doi.org/10.54909/sp.v5i2.119022>.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. 13. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2017.

LUZ, M. T. (org.). **Racionalidades e instituciones médicas**: aportes teóricos y metodológicos a la investigación y el pensamiento en salud colectiva. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Manágua: OPS/OMS - Nicaragua; Manágua: UNICAm, 2023. 253 p. (Série Salud & Centroamérica, v.2). ISBN: 978-65-5462-057-4. DOI: 10.18310/9786554620574.

MERHY, E. E. (org.). **Micropolítica del trabajo en salud: teoría, métodos y aplicaciones**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Managua: OPS/OMS - Nicaragua; Managua: UNICA, 2023. 151 p. (Série Salud & Centroamérica, v.3. ISBN: 978-65-5462-054-3. DOI: 10.18310/9786554620543.

Apresentação

Narrativas, violências e saúde mental: cartografias de territórios e coletivos

Carlos Alberto Severo Garcia-Jr.
Roger Flores Ceccon

Esse livro é resultado de uma história anterior à organização dos manuscritos dispostos nesta publicação em parceria com a Editora da Rede Unida, com o apoio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), do Mestrado Profissional em Saúde Mental da UFSC e do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina. Os organizadores deste livro estão vinculados a um *projeto-devir* nomeado “Escola de Saúde Coletiva da UFSC”, no campus Araranguá, que desde 2019 nutre e coloca movimento para diferentes e múltiplas ações e produções.

Em cinco anos, um vasto conjunto de ações foi realizado, que envolve cursos, palestras, apoio institucional, intervenções de diferentes tipos, vídeos e *lives*, incluindo a satisfação e a alegria em produzirmos três *livros*, sendo dois pela Editora Rede Unida (Diálogos de Quarentena¹ e Violência e Saúde Mental: Desafios contemporâneos²) – e um livro (formato físico e digital) pela Editora Fiocruz – Narrativas em Saúde Coletiva: memória, método e discurso³ – livro que integra a coleção “Temas em Saúde”. Portanto, este novo livro é uma produção que trama fios conceituais e experiências acumuladas ao longo de uma trajetória viva e pulsante.

A proposta, aqui, é articular espaços e caminhos para narrativas sobre violências e saúde mental que estão presentes nos cotidianos da vida em sociedade, além de cartografar territórios e coletivos para induzir e alcançar destinos desconhecidos e abertos para outras formas de contar histórias. A

¹ <https://editora.redeunida.org.br/project/dialogos-em-quarentena/>

² <https://editora.redeunida.org.br/project/violencia-e-saude-mental-desafios-contemporaneos/>

³ <https://portal.fiocruz.br/livro/narrativas-em-saude-coletiva-memoria-metodo-e-discurso>

principal aposta da obra “Narrativas de violência e saúde mental: experiências e territórios” é, a partir de diversas *narrativas-manuscritos*, reunir um conjunto de saberes e práticas sobre o acesso universal aos direitos à saúde, à dignidade, às políticas públicas, sobre os diferentes dispositivos de cuidado, na gestão de serviços de saúde e assistência social, além dos processos de trabalho das equipes envolvidas com as pessoas em sofrimento.

A violência e o sofrimento mental têm representado um fenômeno global com necessidade de análise e intervenção urgente. Ainda que experienciada em diferentes graus, o conjunto e formas de sobrevivência das pessoas em situação de violência e agravos à saúde tem intersecções econômicas, políticas e culturais que se manifestam na dimensão territorial, onde a vida pulsa e acontece, e é marcada por características específicas que contribuem para os diferentes tipos de violências e sofrimentos mentais. No Brasil, por exemplo, desde a Reforma Psiquiátrica, destacam-se os esforços, práticas, estratégias e políticas para a construção de um trabalho interdisciplinar, não-dogmático e condizente com o cuidado e gestão humanizados no avanço da cidadania, na prevenção da violência e na promoção da

saúde mental. Os relatos e estudos, além das próprias Conferências de Saúde, retratam uma história e realidades da população brasileira na interface entre violência e saúde mental.

A apresentação e aparição de novos atores político-culturais que esta obra proporciona, articulados em uma rede colaborativa, livre e difusa, é fundamental para a renovação das militâncias e na transformação ética narrada em micropolíticas e resistências a um sistema capitalista indiferente às necessidades coletivas de um corpo social e individual sobrevivente nas periferias e comunidades pobres do país.

Este livro aposta, mais uma vez, no potencial das narrativas em retirar do anonimato as situações corriqueiras que envolvem a vida de contingentes populacionais vulnerabilizados por uma sociedade patriarcal, racista e homofóbica, que violenta, assassina e faz adoecer. Aposta também na cartografia, que tece, costura e apresenta estratégias de prevenção e promoção de saúde que acontecem tanto nos serviços do SUS quanto em diferentes organizações sociais e comunitárias, no sentido de minimizar mazelas sociais que conformam o Brasil.

Trata-se de um livro permeado de experimentações.

Capítulo 1

Construindo caminhos para um cuidado coletivo e ampliado: uma interface entre violência e saúde mental

Gabriela Fernandes Chaves Lira
Caio Milhomem
Grazyelle Sarah Gois Aguiar
Lara Borges de Sousa Peres

Introdução

A violência é um fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e multifacetada. Está enraizada nas mais diversas dinâmicas sociais, econômicas e políticas. Ela é expressa por ações de indivíduos, grupos, classes, nações, que originam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si ou a outros. Ao ser caracterizada a partir de uma dimensão sócio-histórica, apresenta interfaces importantes com a saúde (Minayo; Souza, 1998; Minayo, 2006).

Por assim dizer, a própria compreensão que se tem sobre saúde e violência faz com que essas duas pautas apresentem inter-relações importantes; tanto no sentido de suas conceituações, bem como na incidência do cuidado com as demandas que se apresentam na cena contemporânea.

Nessa perspectiva, a violência também se impõe na agenda da saúde mental de variadas formas. Inicialmente, partindo do campo conceitual e epistemológico, os próprios conceitos se cruzam. Ora, se compreendemos a violência a partir de uma direção coletiva, histórica, cultural, como desdobramento da própria ordem social, também direcionamos o conceito de saúde mental para essa vertente.

A saúde mental, como campo do saber, se constitui - a partir do olhar da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial em sua interface crítica, de base territorial, não segmentada e não refratária (Amarante, 2007). Além disso, é definida a partir de uma conceituação ampliada, compreendida como produção de vida (Costa e Mendes, 2021).

O ponto em que se cruzam essas duas categorias parte, inicialmente, por compreender a própria lógica pela qual versa a *saúde*. À vista disso, a saúde mental não se dissipa da própria concepção e da categoria “saúde” e, logo, a violência também se compreende pela mesma seara, uma vez que atravessa e é atravessada por ela.

Faz-se necessário entender a saúde a partir das suas determinações históricas, sociais e culturais. O conceito de determinação social do processo saúde doença nos apresenta grandes subsídios para compreender essas determinações. Ao pensar em saúde, devemos levar em conta tudo aquilo que perpassa as próprias condições de vida determinadas pela dinâmica da sociedade capitalista. Nisso, qualquer processo que desdobre em adoecimento, não está dissociado da relação corpo-social, em que não se leva em conta apenas aspectos biológicos, mas que estão associados diretamente com o contexto que o desenvolve (Garbois; Sodré; Dallbello-Araújo, 2016).

Nesse sentido, a violência se apresenta como uma representação dessas determinações, uma vez que suas motivações estão submetidas às desigualdades inerentes à própria formação social brasileira, a qual está calcada sob bases de exploração e diversas formas de opressão (Corato, 2020).

Essas desigualdades se amplificam a partir dos marcadores de classe, raça, gênero, bem como as percepções históricas estão delineadas sobre diversos segmentos como crianças, adolescentes e pessoas idosas, por exemplo. Não à toa, uma das determinações dessa violência são as dinâmicas de poder que exercem a partir daqueles que sofrem uma violência e um impacto advindo dela (Corato, 2020).

Para o campo saúde mental, a violência aparece associada à produção de sofrimento. Sendo esta uma questão de múltiplas faces, que tem suas raízes na construção histórica, cultural e social das relações. Sua prevenção deve-se fundamentar na desconstrução e reconstrução dessas relações perante os sujeitos e sociedade em completude, visando elaborar e desenvolver estratégias eficazes de prevenção e enfrentamento que sejam multiplicadas nos espaços sociais, onde a violência se estrutura e se legitima (Delgado, 2012).

O direcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) revela potenciais transformações na área e aponta os limites do modelo de saúde pública tradicional biologicista e fragmentado, indicando a necessidade da adoção de abordagens teóricas e práticas profissionais emancipatórias. A proposta original do SUS abrange a determinação social do processo saúde-doença, que

compreende a saúde como fenômeno que se determina socialmente (Fonseca; Guedes; Silva, 2009).

Compreendê-la de maneira socialmente determinada é imperativo para visualizar como a penetração das violências afeta pessoas distintas de maneiras diversas, sobretudo na sociabilidade capitalista caracterizada pela estrutura de exploração, dominação e opressão, atravessando as dinâmicas relacionais cotidianas dos sujeitos e reproduzindo agravos nessa mesma amplitude. Considerar as intersecções de raça, gênero, classe, bem como as formas de acesso às políticas, define maneiras diferentes de como os impactos da violência irão incidir sobre os corpos.

A especificidade da demanda exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde e apresenta implicações para o atendimento, evidenciando a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, intersetorial e engajada (Minayo, 2006).

A atenção às pessoas em situação de violência não é uma ação isolada e o seu enfrentamento mobiliza iniciativas de várias frentes e políticas. As acentuadas consequências da violência para a saúde e a vida das pessoas envolvidas apontam para a importância de intervenções que coadjuvem na mudança desse contexto. Nesse ínterim, mediante as complexidades que permeiam essa temática, a abordagem psicossocial tem sido um mecanismo essencial no que tange o paradigma de atenção e integralidade de cuidado em saúde mental (Marra, 2020).

No campo da saúde mental, a intervenção psicossocial reafirma a subjetividade como fruto de uma complexa dinâmica de influências, o que destaca a importância de mediações colaborativas entre profissionais, serviços e instituições. A abordagem utilizada em intervenções aponta panoramas fundamentais que direcionam a interdisciplinaridade, a relação com o usuário e as inferências socioculturais e subjetivas imbricadas. Nessa perspectiva, os profissionais assumem a assistência comprometida com ações direcionadas para a atenção à condição de sofrimento, requerendo a contestação de direcionamentos excludentes enfocados em perspectivas biologizantes (Alves; Francisco, 2009).

Breve percurso metodológico

Nessa direção, este trabalho busca apresentar a experiência de uma atuação pautada na lógica de saúde mental ampliada, a partir da noção de determinação

social do processo saúde doença, tendo como direção a perspectiva de atuação psicossocial. Cabe ressaltar que a pesquisa desenvolvida é de natureza qualitativa, e tem como intuito aprofundar a análise a partir do objeto que se propõe investigar (Minayo, 1993).

Aqui, a abordagem definida não apresenta riscos e danos aos envolvidos na pesquisa e respeita a resolução nº 510 de 2016, que orienta sobre os cuidados éticos em pesquisa. Uma vez que o relato perpassa por demonstrar e analisar com base nos levantamentos bibliográficos não sistemáticos de importantes referências para o debate entre violência e saúde mental. Ademais, não incorre em exposição de pessoas que por ventura foram atendidas no espaço que será apresentado.

Este relato de experiência busca dar visibilidade à atuação de um serviço especializado no âmbito da política de saúde em atendimento às pessoas em situação de violência que tem como subsídio teórico-político e técnico-operativo a atuação às demandas a partir da perspectiva da atenção psicossocial. Por isso, se dá a partir do eixo norteador “formação em saúde”.

Tem como objetivo apresentar um relato de experiência da execução de um trabalho realizado em um serviço do SUS especializado em atendimento às pessoas em situação de violência intrafamiliar. Além disso, busca-se demonstrar a materialidade prática que incide por meio das elaborações teóricas e epistemológicas desenvolvidas para sua construção.

Salienta-se que este escrito tem como recorte de tempo para a análise o período compreendido entre agosto de 2022 a maio de 2023. Neste momento, foram construídas as estratégias de intervenção que pudessem ter direções a partir de um cuidado crítico, ampliado e que não tem uma direção de intervenção a partir de um viés biologicista das demandas.

Vale ressaltar que para o aprofundamento da análise foram levantadas referências que direcionam para as principais categorias abordadas: violência; determinação social do processo saúde doença; saúde mental; atenção psicossocial.

Em termos práticos, não apenas as análises para a construção do artigo, bem como a definição da base de atuação se deu a partir do alinhamento frente a tais referências. Além disso, arcabouços documentais e normativas centrais que versam sobre violência foram utilizados em ambos os momentos.

Conhecendo o dispositivo

O Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência sexual, Familiar e Doméstica - Cepav foi instituído a partir do decreto nº. 942/2019. O equipamento se situa na atenção secundária da política de saúde. Atua no acolhimento e atenção integral às pessoas em situação de violência sexual, familiar e doméstica com uma equipe interdisciplinar especializada, integrada à Rede de Atenção à Saúde, conforme linhas de cuidados, fluxos, notas técnicas, protocolos e demais legislações em vigor.

A estrutura que integra o Cepav está submetida ao Núcleo de Prevenção e Assistência às Situações de Violência (Nupav) da região em que está disposto, juntamente à Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, da Diretoria de Vigilância Epidemiológica, que compõe a Subsecretaria de Vigilância à Saúde.

A Rede de Serviços de Atenção Integral a Pessoas em Situação de Violência – Flores em Rede – conta com espaços localizados em ambulatórios de atenção secundária nos hospitais ou nas policlínicas espalhadas pelas regiões administrativas do Distrito Federal (DF). Se debruçam sobre as situações de violência demandadas pelo território em que estão situados. O serviço interdisciplinar dos centros dispõe de equipes com psicólogos, assistentes sociais, profissionais da enfermagem, além da equipe médica de referência.

Cabe destacar que existe no Brasil cinco Redes de Atenção à Saúde e o Distrito Federal é a primeira Unidade Federativa do país a implementar a sexta, sendo esta a Rede de Atenção à Violência (RAV), que tem como objetivo constituir uma rede especializada em serviços que atuam no interior do SUS compreendendo a violência em sua interface multidimensional.

O Cepav está incluído nesta rede e hoje o DF conta com 18 Cepavs que atuam frente a uma diversidade de demandas de violência. As intervenções partem de uma noção coletiva e não individualizante das violências e, por isso, grande parte do trabalho é realizado por meio de oficinas em grupo. Essas oficinas são coordenadas por profissionais treinados para condução da demanda em conjunto e costuma acontecer com mais de um, para que também sejam contempladas formações e olhares diferentes durante o acompanhamento.

Todos os Cepavs recebem nomes de variadas flores e o serviço selecionado se denomina “Flor do Cerrado”. Este equipamento realiza acolhimentos, compreendendo-o como o momento inicial de vínculo e conexão com a pessoa que apresenta a demanda. As tecnologias leves são os suportes fundamentais que

sustentam o fazer profissional e contribuem para possibilitar um caminho de cuidado que não tenha a patologização como norte (Merhy, 2003).

No Cepav Flor do Cerrado as demandas atendidas incluem violência sexual, familiar e/ou doméstica. O local dispõe de uma equipe interdisciplinar composta por assistentes sociais, psicólogos, enfermeira, técnicas de enfermagem e assistente administrativa. O dispositivo também recebe suporte para atendimento médico pediátrico e psiquiátrico de outros Cepavs para eventuais necessidades.

A população usuária é de mulheres, adolescentes e crianças que chegam ao serviço por diversos meios como: a ficha de notificação de violência, demanda espontânea e, principalmente, por encaminhamento institucional da rede intersetorial, sobretudo de órgãos como Conselho Tutelar, Ministério Público e Delegacias.

Além do atendimento às pessoas em situação de violência, o Cepav também desenvolve ações de formação aos profissionais de saúde e coadjuva ativamente na Rede que corresponde ao território. Compreende-se que o enfrentamento a violência só se torna efetivo a partir do fortalecimento das políticas públicas e da extensão da interlocução intersetorial.

O acolhimento inicial por meio da escuta qualificada se constitui uma ação de fundamental importância para a vinculação do usuário ao serviço pois “possibilita as primeiras aproximações com a usuária, a qual permite a identificação das demandas imediatas apresentadas pela mesma e início da construção de vínculos referenciais e de confiança da usuária para com o Serviço e vice-versa” (Silva e Oliveira, 2014, p.7). A intervenção é manejada de forma a não revitimizar a pessoa atendida.

Após o acolhimento, já inserida no serviço e informada quanto ao seu modo de funcionamento, a usuária passa ao acompanhamento psicossocial individual, realizado por um assistente social e um psicólogo em conjunto. O direcionamento dessa perspectiva sugere a criação de caminhos que podem ser avaliados e reinventados continuamente (Alves; Francisco, 2009). Em vista disso, nos atendimentos, a equipe busca entender mais acerca da rotina, relações, dinâmica familiar e contexto socioeconômico identificando os possíveis fatores protetivos e de risco.

A escuta qualificada que viabiliza o vínculo necessário ao acompanhamento sobrepuja questões superficiais e aparentes, e propicia uma conexão com a subjetividade e singularidade em que o sofrimento pode ser expresso (Maynard *et al.*, 2014).

Resultados e discussões

Para que pudéssemos desenhar a experiência vivenciada a partir do serviço escolhido, dentro das categorias já elencadas, foram percebidas e analisadas algumas nuances específicas que se apresentaram durante o período definido para o relato.

Os principais pontos identificados e levantados na atuação do trabalho com o serviço que faz interface direta com uma perspectiva crítica em saúde mental foram: *dimensão coletiva da violência; a violência como determinação do modus operandi da sociedade capitalista e patriarcal; o sofrimento desencadeado por contextos históricos de violências nas pessoas atendidas; a necessidade e busca em não patologizar manifestações que aparecem como desdobramentos da própria violência; a articulação territorial como forma de construir emancipação com as pessoas atendidas pelo serviço e o avanço para atuação em uma perspectiva inter/transdisciplinar.*

A dimensão coletiva da violência e o trabalho com os grupos realizados

Abordar a violência em sua dimensão coletiva parte do ponto de adentrarmos em sua elaboração como própria das contradições inerentes à sociedade capitalista. Não há como se pensar dinâmicas envolvendo violências que não estejam atravessadas por diversas outras determinações que implicam na vida humana.

Nesse sentido, não é possível a compreensão da violência apartada da sua dimensão social. Todas as reverberações que se dão no campo da singularidade devem ser compreendidas amalgamadas com uma noção maior do que é a violência e seus impactos e contribuições no âmbito societal (Minayo, 1997). A autora refere que apesar de não ser um objeto único e exclusivo da saúde, mas apresenta relação intrínseca com esse campo tanto no que diz respeito aos seus impactos, como na sua forma de prevenção.

É a partir desse ponto que um dos fatores substancialmente observados a partir das intervenções é que a saúde das pessoas que demandam atendimento apresenta impactos exponenciais diante das vivências de violência. Contudo, foi percebido que o próprio contexto e dinâmica social corrobora com o impacto dessa violência e a retroalimentam como forma de sua manutenção.

Nos relatos, observavam-se mulheres, crianças e adolescentes com sofrimentos agudizados pelas demandas de violência que não passaram por

contextos de orientação e prevenção, que em sua grande parte experienciaram a negação do acesso a uma série de direitos até que essa se reverbere em formas de violência.

De acordo com o Boletim Epidemiológico de Violência do Distrito Federal foram notificados no Sistema Nacional de Notificação do DF (SINAN/DF), 3.871 (36,6%) casos de violência interpessoal e autoprovocada; em sua maioria mulheres e de cor parda em todos os ciclos de vida (Governo do Distrito Federal, 2023).

Com isso, uma das estratégias mais utilizadas no âmbito dos Cepavs, os grupos, demonstraram grande potência de diálogo, vínculo, desconstrução e acolhimento para as demandas que se apresentavam. O grupo se faz como espaço de partilha, compartilhamento e reconhecimento, os temas que são definidos para serem trabalhados nos encontros buscam relacionar as determinações coletivas e os impactos singulares nas pessoas que passam por situações de violência.

O processo grupal, desde que bem pensado em sua finalidade, estrutura e manejo, permite uma poderosa e rica troca de experiências e transformações subjetivas que não seria alcançável em um atendimento de tipo individualizado. Isto se deve exatamente à pluralidade de seus integrantes, à diversidade de trocas de conhecimentos e possíveis identificações que apenas um grupo torna possível (Brasil. Ministério da Saúde, 2013).

A quantidade de encontros dos grupos e as dinâmicas desenvolvidas são planejadas, avaliadas sistematicamente e discutidas - com suas finalidades já pré-definidas - em reuniões realizadas pela equipe psicossocial conforme a demanda percebida na realidade social e tem como objetivo orientar acerca das violências vivenciadas. Para que os encontros possam fornecer trocas positivas são utilizados recursos literários, materiais e audiovisuais para executar dinâmicas.

O Cepav Flor do Cerrado trabalha com grupos de crianças e adolescentes de variadas faixas etárias, grupos multifamiliares com cuidadores e responsáveis e grupo de mulheres que vivenciaram e/ou vivenciam violência doméstica, temas transversais são trabalhados para auxiliar a equipe no sentido de dar visibilidade ao fenômeno da violência nessa perspectiva mais ampliada e coletiva.

Os assuntos abordados são diversos e têm como objetivo abordar aspectos da violência, mas também compreender o sujeito em sua integralidade,

Capítulo 1 Construindo caminhos de cuidado coletivos e ampliados: uma interface entre violência e saúde

tentando sempre construir um alinhamento com o que prevê os princípios do SUS. Dentre os temas discutidos nos encontros temos: *prevenção à violência, consentimento e permissão, tipificação da violência, identificação de emoções, fatores de risco e protetivos, redes de apoio e proteção, direitos sexuais e reprodutivos, cuidado e acolhimento, papéis de gênero e participação social.*

O direcionamento sempre se deu na busca por trabalhar as dimensões subjetivas e objetivas de maneira alinhada e associada. De modo que a emancipação seja o horizonte, não culpabilizando ou individualizando, mas compreendendo a situação, conhecendo recursos e espaços coletivos que possam dissipar a dor e o sofrimento oriundos de situações complexas de violência (Delgado, 2014).

Um ponto interessante que suscita a partir da dimensão coletiva é o caráter participativo das pessoas usuárias participantes. Essa mobilização via possibilidade de inserção de diversas dessas pessoas em outros espaços de reivindicações tanto em locais institucionalizados, bem como por fora dessa institucionalidade. O trabalho demonstrou, como já aponta Costa e Paulon (2014), que possibilita o protagonismo na construção de estratégias de cuidado em saúde mental.

Nesse íterim, as intervenções encontram-se amparadas também a partir de legislações Brasileiras, como Lei Maria da Penha, Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei da Escuta Especializada.

Os compartilhamentos feitos nos grupos, despertavam a importância da construção do direito pela via participativa, pelo caminho da democracia popular, o qual tem alinhamento condigno com a proposta discutida pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB) na construção de um sistema único de saúde universal, equânime e integral (Paim, 2006).

O que suscita destacar na experiência das relações do grupo é também a possibilidade de fazer uma clínica constituída para atravessar (Lancetti, 2006). Ela não é algo já constituído, mas se faz sobre subsídios teóricos e críticos que direcionam as intervenções e a formatação do grupo.

A demanda que se apresenta na intervenção coletiva pode ser cunho material e concreto. Nesse caminho se desenha uma possibilidade em construções de fazer psicossocial, em que o sofrimento é colocado à tona levando em conta toda a contextualização histórica que se faz possível a partir do dimensionamento da coletividade (Fleury e Marra, 2005).

Compreendendo a violência e a determinação social da saúde mental

A compreensão de uma violência determinada socialmente é o que direciona a construção e intervenção de todas as ações que demandam nosso cuidado. Os profissionais que atuam no Cepav possuem experiência de atuação em territórios com atendimento psicossocial e puderam perceber a necessidade em transcrevê-las para o cotidiano do serviço.

Em termos práticos, a disponibilidade para o cuidado ampliado a partir dos grupos, participação em reuniões com serviços da rede e ações de matriciamento foram constituídas pautadas na lógica de cuidado da clínica ampliada (Brasil, 2009).

As ações de formação realizadas pelo Cepav costumavam levar para outros profissionais de outras áreas e campos que o manejo das situações de violência passa pela sensibilidade de sua compreensão não estanque e não linear das demandas. Essas percepções precisam ser compartilhadas e difundidas com outros profissionais para que se rompa com a visão culpabilizadora e policial. Tendo como norte a compreensão de essas determinações confluem de uma lógica patriarcal e de poder que perpassa pelos valores dessa sociedade, que determina as violências (Andrade, 2019).

As demonstrações em difundir um saber crítico sobre a violência se materializam a partir de contra-referências positivas, em que outros serviços passaram a compreender que a demanda de violência é uma demanda da pessoa; ou seja, escuta-se para compreender e intervir, sem que haja definições prévias para o cuidado do outro. Nisso, as concepções difundidas em saúde mental nos deram subsídio para levar esse formato para outros espaços, sobretudo a partir da constituição de uma possível nova forma de fazer (Rotelli, 2001).

Percebe-se que é o saber crítico que possibilita o não enquadramento e ajustamento dos relatos que se apresentam. Abaixo apresentamos alguns destaques de desconstrução de práticas hegemônicas a partir de uma construção psicossocial baseada no cuidado crítico e compreensivo:

Quadro 1: Principais direções estratégias para um cuidado psicossocial.

Estratégia de intervenção	Materialização do cuidado crítico
Atendimento às crianças e adolescentes	Desmedicalização e despatologização da infância
Grupos de mulheres	Discussão sobre impactos do patriarcado e da cultura machista no sofrimento singular
Atuação em rede	Ações de matriciamento para fortalecer a perspectiva protetiva
Trabalho em equipe	Construção e convergência de saberes numa perspectiva inter/transdisciplinar

Fonte: Elaborado pelos Autores, 2023.

Essa materialização se converte em atendimento individual por meio de escuta qualificada, grupos que prezam por valorizar conversas criativas e construir estratégias possíveis a partir do que demanda e apresenta a pessoa atendida (Marra, 2016).

Amarante e Freitas (2015) apontam para um cuidado em saúde mental que busca desmedicalizar as vivências e construir alternativas à lógica de patologização. Lógica essa que corrobora com as estruturas de poder e que, consequentemente, atrela-se à estrutura de violência que as intervenções aqui suscitadas buscam superar.

Não há constituição de prática sem teoria, o elemento fundante de nossas intervenções está na práxis transformadora (Santos, 2012; Marx, 1982), que visa não só trabalhar na institucionalização, mas criar mecanismos para sua ruptura, compreendendo os limites do fazer na própria sociabilidade capitalista.

Por consequência, não há sobreposição de saberes, por isso, preza-se por uma lógica de atendimento interdisciplinar, com vistas a caminhar para uma perspectiva transdisciplinar (Vasconcelos, 2018).

A territorialização do cuidado em violência

Pensar em saúde, cuidado e violência exige um compartilhamento de informações e construção coletiva com usuários e instituições sobre a produção de vida e saúde de maneira horizontal e democrática. Desta forma, o Cepav se propõe a ser um serviço que se articula com outros níveis de atenção à saúde e outras políticas sociais, pensando na construção de um cuidado pautado no vínculo e na longitudinalidade da atenção na saúde (D'Oliveira; Schraiber, 2013).

Um trabalho articulado com a rede de serviços exige compreensão sobre o seu conceito e contexto que ela está inserida. Dialogando com Neves (2009 p.149): “as redes podem ainda ser consideradas como sistemas organizacionais capazes de reunir indivíduos e instituições, de forma democrática e participativa, em torno de objetivos ou realizações em comum”.

Considerando a atuação em grupos realizado pelo Cepav em concomitância com a articulação de rede que é dada como um dos objetivos centrais do processo de cuidado em violência, nota-se potencial para pensar a território como parte do processo de produção de vida e saúde para as pessoas que estão na dinâmica da violência intrafamiliar.

Trabalhar dentro de uma perspectiva psicossocial crítica e comunitária, exige uma defesa intransigente de uma atuação no território e articulada com sua rede intersetorial, considerando que o cuidado deve ser compartilhado onde a vida acontece (Batista *et al.*, .2021).

O Cepav Flor do Cerrado, tendo como horizonte uma afirmação de cuidado no território e na atenção psicossocial comunitária (Batista, *et al.* 2021) desenvolveu também um “grupo de manutenção”. Esse formato interventivo teve como objetivo acompanhar as/os usuários/as que fizeram o ciclo de atendimento no programa atendimentos individuais e atendimentos em grupo com temáticas de violência. O grupo nasceu como alternativa à continuidade do cuidado com outros atores da rede, na tentativa de as pessoas usuárias construírem seus locais de afeto, cuidado e apoio em seus territórios de vinculação.

No período que foi estabelecido para observação da escrita deste trabalho, notou-se que o grupo de manutenção corroborou para possibilitar mais autonomia, ampliação dos diálogos intersetoriais e conexão com outros equipamentos de saúde.

A desinstitucionalização, desafio exponencial ao campo da saúde mental, em formatos propostos sobretudo pela psiquiatria democrática italiana e incorporados na reforma psiquiátrica e luta antimanicomial brasileiras, se faz a partir da diluição do cuidado em rede e imprime-se no trabalho realizado (Basaglia, 2010; Rotelli, 2001).

À vista disso, desinstitucionalizar é cuidar por meio de práticas inovadoras; construir uma clínica ampliada e peripatética (Lancetti, 2006) se faz em o chão que se pisa e as teias que tecem os cotidianos da vida humana.

Considerações Finais

Contribuir para a construção de um serviço de saúde em uma perspectiva psicossocial comunitária se torna um desafio, diante de um desmonte cotidiano da política de saúde e das concepções de cuidado centradas na cura, biologicista e manicomiais (Costa, 2020). Contudo, pensar para além dos muros institucionais nos permite aprimorar maiores ações em prol de lutas coletivas de melhoria de saúde mental e no enfrentamento a violência intrafamiliar e de gênero, podendo minimizar os agravos em saúde e seus sofrimentos, bem como, contribuir com mudanças culturais acerca da violência.

As contradições e correlações de forças institucionais que impõem limites e direcionam à requisições que contrapõem a uma lógica ampliada minam maiores possibilidades de intervenção e enfraquecem a viabilização de direitos sociais e de espaços produtores de autonomia, conhecimento e poder político.

Vale ressaltar que a institucionalidade não é o fator de emancipação humana, mas de importante emancipação política que constitui políticas sociais mais equânimes e críticas. Coletivizar e compreender a historicidade da violência, perpassa por compreender que é limítrofe com algumas intervenções, quiçá pensar a constituição de uma mudança total de paradigma.

É por esse caminho que os principais desafios se impõem, diante das proposições aqui postas, que coadunam com uma mudança radical de paradigma no campo da saúde mental (Amarante, 2007), embora o conservadorismo no âmbito das políticas sociais tenha ganhado notória capilaridade nos últimos anos.

Referências

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANDRADE, Priscilla Maia de. **O que se faz quando há violência?: a política de assistência social no combate a violência intrafamiliar**. XVII, 337 f., il. Tese (Doutorado em Política Social)—Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

ALVES, Edvânia dos Santos; FRANCISCO, Ana Lúcia. **Ação psicológica em saúde mental uma abordagem psicossocial. Psicologia: ciência e profissão**, v. 29, p. 768-779, 2009.

BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. In: AMARANTE, P. (org.). Trad. Joana Angélica d'Ávila Melo – Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2010.

BATISTA, Luís Eduardo *et al.* Aspectos da territorialização do cuidado em um CAPSij: estudo seccional. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18848>. Acesso em: julho de 2023.

BRASIL. Clínica ampliada e compartilhada. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>. Acesso em: julho de 2023.

BRASIL. **Resolução Nº 510**, DE 07 DE ABRIL DE 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual**. Matriz pedagógica para formação de redes. Brasília; 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Justiça (BR). Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios: norma técnica**, 2015.

CAPELELINE, C. de J.; ARAÚJO, H. V. de M.; RIBEIRO, T. S.; MISSIATTO, L. A. F. Grupo Reflexivo para mulheres vítimas de violência doméstica no poder judiciário de Rondônia. **Gênero & Direito**, [S. l.], v. 8, n. 3, 2019. DOI: 10.22478/ufpb.2179-7137.2019v8n3.47762. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ged/article/view/47762>. Acesso em: julho de 2023.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Serviço de proteção social a crianças e adolescentes vítimas de violência, abuso e exploração sexual e suas famílias: referências para a atuação do psicólogo**. Brasília, 2009.

CORATO, Carmen. Formação social brasileira: interface com as relações raciais. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, v. 18, n. 46, 2020.

COSTA, Annette et al. Desafios da atenção psicossocial na rede de cuidados do sistema único de saúde do Brasil. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 7, p. 46-53, 2012.

COSTA, Diogo Faria Corrêa da; PAULON, Simone Mainieri. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. **Saúde em debate**, v. 36, p. 572-582, 2012.

COSTA, P. H. A. da; MENDES, K. T. Conjuntura na Saúde: Contribuições para e da Psicologia a Partir do Marxismo. **Revista Psicologia e Saúde**, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 157–171, 2021. DOI: 10.20435/pssa.v13i1.1057. Disponível em: <https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1057>. Acesso em: 28 jul. 2023.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Violência e saúde mental: os termos do debate. **O social em questão**, n. 28, p. 187-197, 2012.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. SCHRAIBER, L. B. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. **Revista de Medicina**, [S. l.], v. 92, n. 2, p. 134-140, 2013. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v92i2p134-140. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/79953>. Acesso em: 24 jul. 2023.

FLEURY, H. J.; MARRA, M. M. (Orgs.). **Intervenções grupais na saúde**. São Paulo: Ágora, 2005.

FRANCISQUETTI, Paula SN. **Saúde mental e violência: considerações acerca do atendimento em saúde mental a mulheres em situações de violência**. Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde, 2020.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. **Medicalização em psiquiatria**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2017.

GDF. GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Subsecretaria de Vigilância à Saúde Diretoria de Vigilância Epidemiológica Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção às Violências. Informe Epidemiológico Quadrimestral. **Violência Interpessoal e Autoprovocada no Distrito Federal**. Ano 04, nº 01, janeiro de 2023.

GUEDES, Rebeca Nunes; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. **Escola Anna Nery**, v. 13, p. 625-631, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000300024>.

JORGE, Maria Helena P. Mello. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 1128-1129, 2004.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. v. 3, São Paulo: Hucitec, 2006.

MARRA, Marlene Magnabosco. **Cuidado vigilante: Intervenção psicossocial com famílias em situação de maus-tratos e violência sexual**. Editora Ágora, 2016.

MARX, Karl. **Teses sobre Feuerbach**. 30 de novembro de 2012.

MAYNART, Willams Henrique da Costa et al. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, p. 300-304, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400051>

MINAYO, Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 4, p. 513-531, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e saúde**. Editora Fiocruz, 2006.

NEVES, Marília Nogueira. Rede de Atendimento social: Uma ação possível?. **Revista da Católica**, Uberlândia, v. 1, n. 1, p. 147-165, 2009. Disponível em: www.catolicaonline.com.br/revistacatolica. Acesso em 25 agosto. 2017.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. E-book interativo. Capí Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>.

MONICA, Claudia. Na prática a teoria é outra. **Mitos e Dilemas na Relação Entre Teoria, Prática, Instrumentos e Técnicas no Serviço Social**. Rio de Janeiro. Lumen Juris, 2012.

ROTELLI, Franco. **A instituição inventada**. In: NICÁCIO, F. (org.) Desinstitucionalização. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.
Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência. Orientações para Gestores e Profissionais de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2010.

SILVA, Nathalia Germiniani; DE OLIVEIRA, Juliene Aglio. **Acolhida inicial e escuta qualificada: dimensão essencial em meio ao trabalho do CREAS**. SEMINÁRIO INTEGRADO-ISSN 1983-0602, v. 8, n. 8, 2014.

SINJ-DF. Sistema Integral de Normas Jurídicas do DF. **Portaria nº 942, de 18 de novembro de 2019**. Institui o Centro de Especialidades de referência no atendimento às pessoas em situação de violência sexual, familiar e doméstica (CEPAV). Disponível em:https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/548420ae0a9d46a1bfd41da1c4ebdf6f/Portaria_942_18_11_2019.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%20942%2C%20DE%2018,%2C%20Familiar%20e%20Dom%C3%A9stica%20%2D%20CEPAV.> Acesso em: julho de 2023.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Saúde mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. Editora Cortez, 5. ed., 2018.

Capítulo 2

Escuta em movimento: em busca de uma prática não violenta em saúde mental

Fernanda Ribeiro Feola
Luciana Rodrigues

Contar histórias

Esse relato de experiência não começa aqui, não possui um início único, porque surge de anseios singulares e coletivos de trabalho e formação para o Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, este trabalho se trata de um compartilhamento do meu processo enquanto residente em Saúde Mental Coletiva, com orientação da segunda autora, em que apresento algumas histórias e situações que movimentaram a pensar minha escuta em saúde mental neste período como trabalhadora em formação.

Nesse sentido, quando perguntavam sobre os caminhos que me trouxeram ao trabalho na saúde mental, vinha à mente as experiências de graduação, estágios em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), trabalho com mulheres em situação de violência, trabalho com redução de danos, entre outros; os quais foram fundamentais para meu desejo em estar nesse campo. No entanto, há algumas lembranças da infância que já cruzaram minha história com essa temática e tem se feito presente para pensar meu trabalho.

Lembro-me das histórias de meu pai, profissional técnico de enfermagem que trabalhou por cinco anos em um hospital psiquiátrico na década de 1980 em minha cidade natal, no interior do Paraná. Lembro-me que o nome do hospital era utilizado como ameaça nas conversas do cotidiano na cidade, “Fulano se continuar assim vão te internar no Franco da Rocha”, tratando da loucura de forma estigmatizada. Mas lembro-me mais nitidamente das visitas de um vizinho, antigo “paciente” do hospital psiquiátrico, local em que conheceu meu pai. Joel (nome fictício) era o nome dele, um homem negro, alto, com os cabelos cacheados caindo na altura das orelhas, que sempre dizia “posso falâ?!” em tom de afirmação mesclado com pergunta, sempre insistente e com uma entonação muito própria, a frase era repetida entre a conversa diversas vezes e

em minha família havia sempre a retomada da frase de forma caricata. Infelizmente Joel não era uma figura querida em minha casa, na época meus pais e irmãs mais velhas me diziam para tomar cuidado, remetendo ao estigma da loucura (conceito que fui estudar anos depois) e, principalmente, do homem negro, louco e perigoso, havia sempre um ar de incômodo com sua presença.

Isto posto, o que gostaria de enlaçar com essa história são os questionamentos que venho tentando fazer a mim mesma, em um exercício de autoanálise sobre minha posição de escuta enquanto profissional atualmente, nesse sentido, olhar para minha história e como isso me atravessa nessa posição. Como a história que envolve meu pai, ser filha de um técnico de enfermagem, um homem branco e de classe média, me questiono sobre de que lado estive posicionada, o lado de quem está ofertando o cuidado, não o lado da loucura e do estigma.

Desta forma, este escrito, que deriva do meu Trabalho de Conclusão de Residência, é uma escrita pulsante, na busca de um respiro, uma tentativa de lidar com angústias, desconfortos e diversas dúvidas que perpassam o cotidiano do trabalho, principalmente enquanto residente em formação. Questões que são atravessadas pelo meu corpo, como entendo e vivo o mundo, enquanto mulher branca, de classe média e profissional em especialização em saúde mental coletiva, buscando uma prática ética e política, transformadora das questões sociais e de opressão. Traço esses atravessamentos alinhada aos aprendizados de feministas como bell hooks, que tratarei mais adiante, e Gloria Anzaldúa, que afirmam a importância de reconhecer nossas vivências como disparadores e elementos relevantes para a produção de conhecimento. Anzaldúa (2000), uma mulher do terceiro mundo (como ela mesma se denomina), enquanto escritora Chicana e de família camponesa do sul do Texas, viveu e escreveu sobre ser uma mulher da fronteira, afirma:

eles mentiram, não existe separação entre vida e escrita. O perigo ao escrever é não fundir nossa experiência pessoal e visão do mundo com a realidade, com nossa vida interior, nossa história, nossa economia e nossa visão (Anzaldúa, 2000, p.233).

Alinhada ao que traz Glória e, como nos convida bell hooks, este texto é um testemunho, mais que apenas um relato, mais do que um conjunto de informações, é um “testemunho da importância da luta, de nosso esforço coletivo para transformar”, pois a “linguagem também é um lugar de luta” (bell

hooks, 2019c, p.74). Assim, este texto diz sobre um processo de formação atravessado pela pandemia da Covid-19, em meio a um desgoverno genocida, um cenário de desmonte das políticas públicas, de retrocesso da reforma psiquiátrica e da reforma sanitária em contexto nacional. Mas também surge de um contexto micro de diversos desassossegos enquanto profissional em formação, uma profissional em busca de compreender suas possibilidades de atuação na luta por um Sistema Único de Saúde - SUS de qualidade e equitativo, por uma prática que de fato promova saúde e vida, buscando atuar contra as opressões e violências produzidas pelo do sistema supremacista branco, patriarcal, capitalista-imperialista, como bem pontua bell hooks (2019c).

E será a partir de histórias de situações do trabalho vivido na rede de atenção psicossocial que irei tratar sobre aprendizados e algumas pistas sobre ferramentas para a escuta em saúde mental coletiva, fio condutor deste trabalho. Aposto em uma escuta enquanto movimento, produzida a partir do encontro com os sujeitos, uma escuta em construção a cada encontro; uma escuta ética e política, aliada ao cuidado em liberdade e a uma Psicologia comprometida com as lutas anticapacista, antiracista e antilgbtfóbica, a partir de uma perspectiva feminista, comprometida com o fortalecimento do SUS e com a garantia de direitos. Uma escuta que oportunize aos sujeitos ampliar suas possibilidades de vida e seus graus de autonomia e de relação com o mundo, em seus territórios de existência. E apesar de dito tudo isso, acredito que a escuta também não vai dar conta de tudo, mas gostaria de apostar em compartilhar o que tem feito minha escuta se movimentar, trazendo neste texto reflexões e pistas a partir do que tenho vivenciado no cotidiano do trabalho.

Minha formação foi majoritariamente baseada em autores homens brancos e europeus, referências que são consideradas “a base” da psicologia e hoje as compreendo como saberes colonizadores. Nas grades curriculares da graduação pouco tive acesso à teorias e pensamentos de pessoas não brancas e não hegemônicas. Lembro de duas disciplinas optativas em que estudamos questões étnico raciais e a professora trouxe autoras negras e indígenas, também autoras e autores trans para a discussão de gênero, mas não houve a possibilidade de um aprofundamento nos estudos sobre as implicações do racismo e da colonização em nossas relações e saberes.

Nesse sentido, bell hooks, pensadora negra norte-americana (autora que tem feito movimentar minha escrita) fala sobre o exercício de contar e compartilhar histórias como uma forma de ampliação das formas de saber e, também, de criação de comunidades de aprendizagem. Afirma que a contação

de histórias sempre constituiu uma forma de conhecimento, apesar da concepção positivista afirmar que a partir de histórias pessoais não seria possível a produção de conhecimento, a autora afirma ao contrário “sou porque a história é” (hooks, 2020, p. 90). Assim, falar sobre quem eu sou e minhas vivências é falar sobre processos de socialização implicados nas estruturas sociais e nos processos de constituição dos sujeitos no mundo, em sociedade.

A pensadora também nos auxilia ao afirmar que a escrita com intimidade e disponível a mostrar suas vulnerabilidades cria nos grupos uma aproximação, potente aos processos de aprendizagem autênticos, no campo da docência (hooks, 2020). Ofereço esses ensinamentos de bell hooks para, a partir desse trabalho, compartilhar minhas vivências a partir da escrita deste texto, no exercício de uma escrita sincera e aberta, que talvez, possa auxiliar outros profissionais e estudantes a reflexões no campo da escuta e da produção de saúde.

Portanto, ao longo do texto, compartilharei algumas histórias de meu percurso de trabalho na residência, que entre os lugares pelos quais passei, escolho compor com a memória das experiências que vivenciei em uma Equipe de Saúde Mental Adulto (ESMA). Experiências que me convocam a reflexões sobre as afetações e inquietações que me movimentaram para pensar a escuta em saúde mental.

Antes de avançar na partilha de histórias, é importante apresentar como estou entendendo termo e concepção de cuidado, utilizado neste trabalho. Como exposto por Franco, Bueno e Merhy (1999) é a partir do encontro entre a pessoa que acessa o serviço e o trabalhador de saúde, em que operam tecnologias leve-duras e leves para produção de relações de escuta, que se articulam a partir dos vínculos e compromissos. Nesse sentido, Emerson Merhy (2014) define as tecnologias para produção de cuidado em saúde como duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras dizem respeito às tecnologias materiais como aparelhos, mesas e instrumentos físicos. As tecnologias leve-duras correspondem aos saberes dos núcleos e campos da saúde, que possuem uma rigidez, mas são utilizados e só fazem sentido na ação com o outro. As tecnologias leves dizem respeito especificamente ao que se produz no encontro com os sujeitos.

Merhy (2014) afirma: “faz diferença quem está se encontrando” (Merhy, 2014, p. 2), em que o cuidado é compreendido como um acontecimento e não um ato. Portanto, tem relação com uma concepção de sujeito no mundo, em que cada ação de cuidado em saúde é uma ação interseccionada de forma

partilhada, ou seja, as ações que movimentam lá (intervenção com o sujeito), também movimentam o aqui (trabalhador/profissional de saúde).

Nesse sentido, as autoras Rodrigues e Battistelli (2021), psicólogas e docentes, chamam a atenção para a importância em olhar e discutir as questões raciais envolvendo o cuidado em diferentes campos de atuação. Pontuam a necessidade em reconhecer os efeitos do racismo estrutural em nossa sociedade e a importância em questionarmos que cuidado estamos ofertando, colocando em análise as formações baseadas nas lógicas coloniais.

Deste modo, nas histórias que escolho partilhar aqui, busco a reflexão sobre situações do trabalho cotidiano em que foi possível (ou não) uma prática de cuidado alinhada a esses pensamentos expostos acima. Diria que muitos dos casos relatados trago um olhar sobre onde localizo que não foi possível e reflexões/deslocamentos ocasionados por este percurso.

Escutar negritudes: olhar para minha branquitude

Certo dia, após um acolhimento realizado por outros colegas, pergunto como foi o atendimento, e uma delas me relatou o caso: ela afirma que havia sido um acolhimento difícil, pela história de vida da usuária. Segundo minha colega, se tratava de uma mulher negra que passou por diversos episódios de violência: estupros, estupros coletivos, violências patrimoniais, perseguições e outras situações envolvendo a morte de um de seus filhos. Devido a repetição de situações de violência me veio à mente um pensamento: ‘será que não é um delírio? Será que tudo isso realmente aconteceu?’ E até verbalizo o pensamento à minha colega, que me olha com reprovação (e com razão), pela minha descrença na usuária e reafirma que ela trouxe informações precisas e não havia elementos em sua fala que demonstrassem o contrário. Fiquei com essa situação reverberando em mim, naquela semana mesmo tivemos uma aula falando sobre as questões da branquitude e comecei a me questionar se essa minha posição estaria relacionada também com esse atravessamento em minha escuta.

Passei a me questionar sobre as minhas possibilidades de escuta de forma geral, quais conhecimentos e critérios estão me atravessando para fazer essa leitura sobre a história da mulher? E principalmente, quais as minhas possibilidades de escuta sobre narrativas negras? Narrativas atravessadas pela violência, violência essa causada, no caso da usuária, pelo nó perverso do racismo, da pobreza e do gênero. Será que eu, com toda a minha ‘branquitude’ e experiência privilegiada consigo compreender e oferecer cuidado a uma

pessoa que foi violentada de diversas formas e principalmente pela falta do estado em garantir seus direitos?

Após esse episódio segui com algumas reflexões, alinhada ao que também fala bell hooks (2020), buscando olhar para a potencial dominadora dentro de nós: a autora afirma que para avançarmos na luta contra as violências e o patriarcado, além da compreensão de indissociação entre as estruturas de opressão: gênero, classe e raça, hooks afirma que é importante deslocar da ideia do homem como dominador e a mulher como vítima, para olhar com mais complexidade e compreender que há situações em que as mulheres também são opressoras. Esse elemento será apresentado de forma mais aprofundada no próximo capítulo sobre as violências, de toda forma, é importante que todas e todos nós estejamos empenhados em olhar para a potencial dominadora dentro de nós, resgatando a vítima em potencial, mas também olhando para as relações em que possa estar agindo de forma opressora. hooks aponta sobre a importância de mulheres brancas olharem para como o racismo lhes dá poder para agir de forma exploratória e opressora sobre mulheres e homens negros.

Nesse sentido, que tantas outras situações eu posso ter lido de forma racista, opressora e ter sido violenta com uma pessoa negra que acessou o SUS? Acreditando que estava oferecendo uma escuta e um cuidado? Que outras situações eu simplesmente não consegui racializar pela invisibilidade da branquitude que me atravessa? Pensando sobre isso, recorro de dois usuáries negros que acolhi recentemente no serviço, senti um ar de ‘deboche’ em suas falas e fiquei me questionando o que é isso e porque não recorro de sentir isso em relação a usuáries brancos. Pelo contrário, lembro de usuáries muito complacentes e colaborativos, principalmente mulheres que falavam muito de seus problemas e sobre como ‘queriam ser ajudadas’. Trago esses exemplos na tentativa de um exercício ético em me debruçar e compreender isso a partir da minha branquitude.

Novamente, trago meu corpo e minha vivência afirmando que minha identidade racial enquanto branca não é universal, e na tentativa de me posicionar, como diversas autoras e autores afirmam (Bento, 2022; Nogueira, 2004, hooks, 2019a, entre outras/os/es) a questão racial não é um problema das pessoas negras, pelo contrário, é um problema das pessoas brancas, na relação entre negras/os/es e brancas/os/es. Sueli Carneiro (2008), filósofa e ativista do movimento anti-racista brasileiro, fala sobre o crescente movimento de percepção da responsabilidade também da psicologia (núcleo de formação em que me insiro) na luta anti racista; a autora afirma que “a desconstrução da

branca como ideal de ego da sociedade é imperativo fundamental para a libertação e cura de todos, negros, brancos, indígenas, orientais” (Carneiro, 2011, p. 81).

Portanto se coloca a necessidade em se investigar as subjetividades brancas, forjada a partir da opressão material e simbólica dos outros, “em termos de saúde mental, o que significa um ego e uma subjetividade inflados pelo sentimento de superioridade racial?” (Carneiro, 2011, p. 81). Fico refletindo sobre minha percepção inicial com a história da usuária citada, o que em minha subjetividade branca aliada com saberes psiquiátricos sobre a loucura me fez crer que a usuária estaria mentindo ou delirando.

Para olhar para a questão racial de forma mais complexa, é fundamental compreender o Brasil enquanto país colonizado, com anos de violência escravocrata e racial de dominação que se atualiza com a marginalização e vulnerabilização de pessoas negras. Visto os limites desse trabalho e minha trajetória recente enquanto pessoa branca se apropriando de leituras e discussões não conseguirei abordar o tema com a profundidade que gostaria, mas acho importante discutir sobre a branquitude conforme contribuições de autoras brasileiras como Lélia Gonzalez (1988), Cida Bento (2022), entre outras e olhar para as questões de meu trabalho, como venho construindo ao longo do texto.

Lélia Gonzalez (1988), escritora negra brasileira, afirma que o racismo brasileiro se dá por denegação, ou seja, racismo disfarçado, em que a estrutura social se dá por hierarquias/classificações sociais de forma tão naturalizada que a segregação não precisa se dar abertamente, “uma vez que as hierarquias garantem a superioridade dos brancos enquanto grupo dominante (Da Matta, 1984 apud González, 1988, p.73). A autora sustenta que a ideologia mais eficaz que mantém essa subordinação das classes mais exploradas é graças à ideologia do branqueamento. Ou seja, o mito da superioridade branca gera na identidade racial o desejo de embranquecer, pois apenas os valores ocidentais brancos são considerados verdadeiros e universais, gerando a negação e o apagamento da cultura africana/indígena (Gonzalez, 1988).

Lélia Gonzales (1988) também nos auxilia a refletir sobre os critérios e atravessamentos morais que uma escuta desatenta às questões raciais possa carregar. Por vezes, quando estava no cotidiano de trabalho em um acolhimento, ouvia histórias de vida que não correspondiam ao padrão branco eurocêntrico, algumas situações que diziam respeito a violências e negligências do estado em garantir direitos, mas outras sobre expressões diversas de sua

singularidade, como experiências religiosas não euro-cristãs. Muitas vezes pessoas não brancas que manifestam suas crenças e percepções religiosas de diálogo e trocas com entidades são lidas pelo saber psiquiátrico como delírios, esse é um elemento que apresenta forte atravessador moral da branquitude. Ou também quando usuários apresentam expressões corporais diversas, como mulheres negras que fazem uso de laces e isso é tachado como uma expressão sintomatológica da loucura, e não se olha para as questões culturais que dizem respeito a essas manifestações, se sobressai uma percepção psiquiatrizada e descontextualizada. Esses exemplos que não se trata de situações de discriminação diretas em relação a usuários, mas de concepções compartilhadas entre os profissionais de alguns serviços em que passei.

Como afirma Gonzalez (1988), e o racismo é sintoma da neurose brasileira, e aponta como possibilidades de mudança desse panorama: o abandono às reproduções e violências do imperialismo, ponto fundamental para as reflexões deste trabalho e a reafirmação da experiência da América sem perder de vista a consciência da dívida e dos laços com a África.

Para essa discussão, é imprescindível dialogarmos com os ensinamentos de Cida Bento (2022), mulher, negra, psicóloga e doutora em psicologia, que traz grandes contribuições em relação aos estudos sobre a branquitude forjando o conceito de pacto narcísico da branquitude, no qual as pessoas brancas, além de não reconhecerem sua cor, não reconhecem a história de seu grupo como autores e perpetuadores do sistema escravocrata e de violências. A perpetuação desse sistema de violências ocorre por um pacto implícito de silêncio sobre as violências direcionadas às pessoas negras, o que gera uma proteção às pessoas brancas, para manutenção do lugar de privilégio (Bento, 2022).

Essa manutenção se deu desde os processos de colonização que constituíram a branquitude (Bento, 2022). A partir da ideia de meritocracia (de forma forjada), com as leis de terras direcionadas às pessoas brancas nos movimentos migratórios dos países colonizadores, em que as pessoas receberam terras, tiveram direito à proteção do estado na chegada ao Brasil e passagens pagas. Enquanto as pessoas negras após a abolição não receberam nada, seguiram sem qualquer política de reparação histórica, o país se preocupou em prover reparação aos proprietários de pessoas que foram escravizadas. Além disso, sempre quando a história da escravidão é contada/relembrada, não há uma narrativa branca de reconhecimento do seu grupo, “o grupo branco ‘desapareceu’ do contexto, como se não fosse parte desse passado e não trouxesse nenhuma herança dele” (Bento, 2022, p.31).

E a partir dessas contribuições reconheço meu pertencimento dentro do grupo branco, identifico que em minha história com a loucura e os atravessamentos raciais, estive posicionada do lado dos profissionais de nível técnico/superior (historicamente em sua maioria brancos) como trago na história de meu pai. Também relembro a época da graduação em que meus colegas eram majoritariamente brancos, nos locais em que trabalhei por mais tempo dentro da residência como a Equipe de Saúde Mental Adulto também os/as profissionais técnicos/as eram todos/as brancos/as.

Esses dados são relevantes para refletirmos sobre o que Robin Di Angelo (2018) afirma sobre a fragilidade branca. Analisando o contexto norteamericano em que as pessoas brancas só interagem com pessoas brancas, a autora nos fala sobre como essas pessoas não têm informações sobre o racismo para pensar criticamente. Mesmo que aqui no Brasil as relações raciais se deem de outra forma e há uma interação maior entre pessoas brancas e não brancas (de forma hierárquica), também não se percebe uma apropriação crítica sobre as questões étnico raciais, principalmente sobre a branquitude, como bem aponta Cida Bento (2022) sobre sua experiência em instituições organizacionais.

Além do que já expus sobre a maioria de pessoas brancas entre colegas na graduação, as discussões raciais também não estavam tão presentes. Lembro de uma professora que trouxe o tema em algumas aulas, mas foi apenas na trajetória da residência em que essa discussão esteve mais presente. Apesar de algumas contradições da instituição de ensino - pois também está imersa em uma sociedade estruturada pelo racismo - entre as/os/es residentes foi possível o compartilhamento desses saberes, também fruto da entrada de professoras/os/es e aluna/es/os negras/os/us na universidade. Reconheço que eu também me mantive por muito tempo sem fazer o exercício de olhar para minha branquitude, pois um dos privilégios é justamente ser compreendido enquanto universal/padrão, e não precisar refletir sobre minha pertença racial, sem ter o fardo psíquico do racismo e poder pensar em outras coisas.

Outro ponto importante que Diangelo (2018) alerta sobre a fragilidade branca é a intolerância ao desconforto racial, pois as pessoas brancas, por vezes, não aguentam discutir sobre o assunto e principalmente serem informadas sobre seu racismo. Se sentem atacadas e surgem várias reações defensivas, de fuga, de silêncio, de negação do problema, que em geral se demonstra com a mudança do foco racial para algum problema específico da pessoa, chamando atenção para o 'eu', avalio que este é um grande alerta a branquitude que deseja se exercitar criticamente.

Esses são elementos fundamentais para reconhecer minha escuta a partir de minha branquitude, trago uma contribuição de Isildinha Baptista Nogueira (2004) que afirma que o racismo não é uma questão de polícia ou moral, e sim ética, pois é a ação dos profissionais que pode ser de discriminação ou de produção de saúde. No texto, Nogueira (2004) se refere à psicanálise, mas acredito que este é um ensinamento para a psicologia e profissionais do campo do cuidado de forma geral, estarmos atentas às políticas de opressão e dominação que atravessam nossas práticas como também apontado por outras autoras citadas anteriormente, como Rodrigues e Battistelli (2021) e Meireles *et al* (2019). Assim, pontuo novamente minha escuta como uma escuta em movimento, sujeita à capturas de modos violentos, mas na busca por uma prática sem violências. Por isso trouxe a história inicial sobre meus pensamentos em relação a usuária do acolhimento e a história envolvendo meu pai e nosso vizinho, buscando localizar meu lugar na história, enquanto pessoa branca.

Meireles *et al.* (2019) trazem reflexões sobre a atuação de psicólogas brancas no enfrentamento ao racismo, as autoras a partir do trabalho no contexto escolar em que as demandas referentes à violências raciais eram gritantes, se viram no exercício de estudar sobre as relações étnico raciais para conseguir pensar em estratégias. Como mencionamos, e com o auxílio de outras pesquisadoras não brancas, a branquitude crítica (Cardoso, 2010) é um primeiro passo fundamental para uma prática antirracista. Portanto, a descolonização mental passa por compreender que a diversidade de modos de vida (que não os exclusivamente brancos) são igualmente legítimos e válidos enquanto humanidade, para isso, o estudo de outras comunidades e culturas é essencial. As autoras, reforçam também o olhar crítico para seus privilégios, e o posicionamento ético político em se engajar nas lutas contra o racismo institucional e as estruturas de poder.

Grada Kilomba (2021), escritora, psicóloga e artista negra nascida em Lisboa, fala sobre o silêncio dentro da dinâmica de opressão racial - pois se o sujeito negro pudesse falar, “o que o sujeito branco teria que ouvir?” - em termos de lidar com as verdades do outro, lidar com a violência que ele mesmo perpetua. E afirma que a ação de reparação de fato a ser feita para reparar o mal causado pelo racismo é um processo de mudança:

em vez de fazer a clássica pergunta moral “Eu sou racista?” e esperar uma resposta confortável, o sujeito branco deveria se perguntar: Como

eu posso dismantelar meu próprio racismo? Tal pergunta, então, por si só, já inicia esse processo (Kilomba, 2021, p.48).

Como aponta Grada (2021), fazendo referência a Paul Gilroy (sociólogo inglês), há mecanismos de defesa do ego branco que antecedem esse processo de reparação, como a negação, culpa, vergonha e reconhecimento. Eu mesma me pego inicialmente com culpa e vergonha pelo relato inicial de minha descrença na usuária, mas as leituras que fui encontrando e o exercício de olhar minha branquitude me fizeram passar pelo reconhecimento e a busca pela reparação, em olhar para meus privilégios e principalmente, buscar ações e práticas de rompimento com essa episteme e prática violenta.

Esses questionamentos, aliados com essas pensadoras e o movimento antirracista de forma geral, tem um efeito - mesmo que ainda pequeno - em minha atuação, estou mais atenta à autodeclaração dos sujeitos, à aspectos que dizem respeito à atravessamentos morais em minhas percepções sobre os modos de vida dos sujeitos. Como quando usuárias negras chegam ao serviço relatando episódios de algum conflito em suas relações, busco entender a situação a que essa pessoa estava, a identidade racial dos outros sujeitos envolvidos, como se posicionaram, que relações de poder e de superioridade racial estavam postas, pois muitas vezes as usuárias chegam ao serviço e são lidas como “descontroladas”, “surtadas”. Esses termos, não por acaso, são estereótipos, como rótulos negativos que reduzem a vida das pessoas a esses aspectos, e não dão espaço para uma análise das produções de subjetividade enquanto fenômeno social e mais amplo.

Em relação às mulheres, apresentarei mais elementos de análise na sequência, mas alguns aspectos não dizem respeito ao recorte de gênero somente, como quando usuáries negros que frequentam espaços de escolarização relatam terem uma sensação de serem excluídos das relações nos ambientes ou referem uma dificuldade de socializar e estabelecer relações. Já recebi um usuário que foi diagnosticado com fobia social, o diagnóstico veio na infância, mas não se tinha registros sobre a avaliação. O que se sabia era o compartilhado pela Agente Comunitária de Saúde: uma história de vida marcada pela negligência familiar, privação de convívio na escola, relatos de bullying racial, entre outros; todos os elementos importantes para ampliar a leitura sobre esse diagnóstico, hoje compreendo que essas vivências são diretamente influenciadas pela hierarquização racial e supremacia branca que perpassam as relações entre sujeitos brancos e negros.

E a partir disso, uma intervenção possível é colocar no campo do diálogo essas violências, convidar os sujeitos que trazem essas vivências para conversar sobre essa temática enquanto atravessamento político e social, compreender como o sujeito está vivenciando esse fenômeno, e construir elaborações psíquicas possíveis, e que se desdobram em transformações coletivas nas relações desse sujeito com o mundo.

Esses últimos exemplos se relacionam com identificar os efeitos do racismo e suas intersecções no sofrimento psíquico, em minha prática escuto diversas histórias sobre o sofrimento de pessoas negras sobre as desigualdades impostas pelas estruturas, pessoas que não tiveram a oportunidade de estudar, trabalhar “com o que gostam”, que estão em empregos desvalorizados e com salários baixos, sem condições de qualidade de vida e de construção de perspectivas de melhoria desse quadro. Quando escuto essas histórias, sinto uma frustração em não conseguir oferecer uma intervenção que garanta direitos, que possibilite mudanças no quadro político das desigualdades e perpetuação dessas violências históricas.

Segundo o Atlas da Violência de 2021 (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA e - Fórum Brasileiro de Segurança Pública - FBSP, 2021), com dados de 2009 a 2019, mostra que todos os anos a taxa de homicídios de pessoas negras é muito maior que a de pessoas não negras. Em 2019, consecutivamente, foi de 29,2 para pessoas negras e 11,2 para pessoas não negras. Vendo este dado penso sobre os casos de mulheres mães negras que já acolhi sofrendo pelo luto de um filho ainda jovem, muitas vezes por uma violência territorial motivada pelo tráfico na região ou por violência policial.

Neste cenário, volto o olhar a possibilidade de escuta e acolhimento que oferto a essas mulheres mães, que estratégias, palavras, ou técnicas podem ser entregue nessas situações, não tenho a intenção de dar as respostas, mesmo porque compreendo que essa escuta vai se dar a partir do encontro único entre os sujeitos envolvidos, posto a singularidade dos casos. Mas acredito que uma ferramenta importante para prática clínica é o tempo que entregamos a essa escuta, algumas pessoas podem levar anos para processar determinados sofrimentos.

Como diria Peter Pál Pelbart (1956, p.32):

é preciso dar tempo a essa gestação que se confronta a loucura, a essas tentativas, a essa construção e reconstrução, a esses fracassos, a esses acasos. Um tempo que não é o tempo do relógio, nem o do sol, nem o

do campanário, muito menos o do computador. Um tempo sem medida, amplo, generoso.

Portanto, essa ferramenta pode parecer simples, mas também é desafiadora se considerarmos os modos de produção capitalistas que estamos imbricados e as frustrações que alguns casos podem trazer após algumas tentativas e nenhuma mudança ou melhora no quadro de algum usuário. Por isso trago Palbert (1956) para auxiliar a lembrarmos de termos tempo e estarmos sempre repensando nossas práticas, buscando outras estratégias para auxiliar o sujeito que acessa os serviços de saúde, para também nós não nos tornamos atores de outras violências, achando que estamos ofertando cuidado.

Escutar mulheres: afetações e deslocamentos possíveis

A partir do momento em que fui me inserindo no cenário enquanto R2 (Residente de 2º ano), participando dos grupos, realizando os acolhimentos e acompanhando as pessoas que chegam ao serviço, ouvindo as histórias e me colocando em relação com aquelas pessoas, algumas questões ressoavam em mim, algumas histórias pareciam idênticas e alguns fragmentos se repetiam. Essas histórias eram majoritariamente de mulheres, mulheres negras e pobres. E inúmeras dessas histórias de mulheres são atravessadas pela violência. Muitas delas pela violência sexual na infância, outras, pela violência doméstica na vida adulta. Algumas sofrem com a incerteza financeira, benefícios negados, e por não saber como irão pagar as contas e sustentar a família. Outras são atravessadas pela perda de um filho jovem em situações de violência urbana envolvendo o tráfico na região, entre outros.

Houve um dia de acolhimento em que ao ler o encaminhamento feito pela unidade de saúde só consegui pensar “mais um caso com histórico de abuso sexual na infância”, senti uma sensação forte de frustração e esgotamento, que hoje me faz refletir sobre as afetações que acompanhar mulheres com suas histórias atravessadas pelas violências de gênero me causam enquanto mulher. E olhando para esse cenário, como oferecer uma escuta que seja singular, mas política sobre esses fenômenos? Como mencionado anteriormente, não tenho e não pretendo responder, mas buscar pistas sobre essas possibilidades e exercícios de escuta e oferta de cuidado.

Oyèrónkẹ Oyěwùmí (2021) cientista social, teórica e feminista nigeriana discorre em uma de suas obras sobre a criação da categoria mulher dentro da

cultura ocidental e euroestadunidense. A autora afirma que a categoria gênero foi criada a partir de uma cosmovisão, baseada na relação que essa sociedade tem com o corpo e prioridade no uso em um dos sentidos: a visão. Uma das principais discussões do feminismo europeu sempre foi a diferenciação entre sexo e gênero, a relação com a biologia (corpo) enquanto ciência imutável e as construções sociais em relação a ela. Oyěwùmí (2021) afirma que a questão está justamente em não haver diferença entre esses termos, pois a própria biologia nesta cultura é uma construção social, uma leitura sobre esses corpos e suas diferenças, a partir de uma relação hierárquica.

Um ponto importante é que na cultura ocidental há esse princípio dualista em que as diferenças e hierarquias sociais são reconhecidas nos corpos. No entanto, isso não ocorre em todas as sociedades do mundo. A autora aponta que na cultura Iorubá, na região da África onde atualmente fica a Nigéria, por exemplo, o corpo não é a base para a classificação social; nesta região, a organização social é a senioridade, a idade cronológica dos sujeitos. E Oyèrónkẹ (2021) alerta sobre os perigos dos feminismos considerarem o gênero como estrutura universal, pois o gênero é socialmente construído: é histórico e ligado à cultura, portanto: “a suposição de que um sistema de gênero existiu na sociedade Oyó antes da colonização ocidental é ainda outro caso de domínio ocidental na documentação e interpretação do mundo, que é facilitado pelo domínio material global do Ocidente” (Oyěwùmí, 2021, p.70).

A partir desta exposição, é relevante discutirmos sobre as questões de gênero considerando também como uma imposição de um modo de ser e estar no mundo a partir da colonização, que vem produzindo essas posições de sujeitos inferiorizados e subalternizados. Historicamente, no Brasil, além da colonização e escravização de pessoas não brancas, como mencionado anteriormente, sejam os indígenas ou os povos vindos da África, o patriarcado também veio “importado” deste processo, localizando os lugares desiguais a homens e mulheres, privilegiando homens em decorrência da violência contra mulheres, principalmente mulheres negras, a partir da dominação de seus corpos. Uma violência que vem se repetindo e se reconfigurando ao longo dos anos.

O que acontece no contemporâneo, segundo os dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública, os indicadores de violência contra mulheres no Brasil tiveram um crescimento no ano de 2021: aumento de 3,3% na taxa de ameaças, 0,6 na taxa de lesões corporais em contexto de violência doméstica,

6,6% em crimes de assédio sexual e 17,8% em registros de importunação sexual (FBSP, 2022). Foram registrados 56.098 estupros (incluindo vulneráveis), do gênero feminino, um crescimento de 3,7% referente ao ano anterior (FBSP, 2022).

Em relação aos dados referentes a feminicídio, o anuário mostra que 1341 mulheres foram mortas pela condição de serem mulheres em 2021. Este estudo também mostra que 37,5% das vítimas de feminicídio são brancas e 62% são negras, enquanto nas demais mortes violentas intencionais 70,7% são negras e 28,6% são brancas. O estudo levanta a hipótese de um sub-enquadramento da violência contra mulheres negras como feminicídio, o que indica uma disparidade racial da violência (FBSP, 2022).

Esses dados demonstram o quanto ainda precisamos avançar nas lutas e políticas públicas para acabar com a violência contra a mulher. E como mencionei inicialmente neste capítulo, são questões que aparecem nas narrativas de mulheres dentro dos serviços públicos como os que passei, as mulheres sofrem com violência de diversas ordens, como o abuso sexual, seja na infância ou na vida adulta, a violência doméstica, que também impacta na socialização de crianças quando são expostas a essas violências, e utilizamos a tipificação da violência presente na Lei Maria da Penha: a violência física, violência psicológica, violência sexual, violência patrimonial e a violência moral (Brasil, 2006) para pensarmos o reconhecimento das violências em todas as suas formas.

E apesar da luta feminista contra essas violências, percebemos seu aumento, Bell hooks (2019b) afirma que a violência deve ser analisada de forma complexa, não resumindo sua causa a dominação masculina e ao patriarcado. A autora acredita que todos os atos de violência em que há a relação dominantes e dominados estão associadas, assim:

é a ideia filosófica ocidental e autoridade coercitiva que está na raiz da violência contra mulher, da violência contra a criança, de toda a violência entre aqueles que dominam e aqueles que são dominados. Esse sistema de crenças é a base sobre a qual a ideologia sexista e as outras ideologias de opressão de grupo estão apoiadas (hooks, 2019b, p.176).

Com esse pensamento, bell hooks (2019b) chama a atenção para o papel das mulheres enquanto, também, sujeitos que podem perpetuar a cultura de violência. À sua maneira, muitas vezes nas relações familiares são as mulheres

quem exerce autoridade coercitiva, nem sempre pela violência física, mas muitas vezes pelo abuso verbal contínuo. Em nossa sociedade a violência é naturalizada principalmente porque é uma ferramenta de manutenção das estruturas hierárquicas da sociedade.

A autora exemplifica também sobre o “ciclo da violência” que começa no local de trabalho, a partir da mudança do modelo de produção para o capitalista, em que os homens (como provedores do lar e responsáveis por trabalhar) foram sendo desumanizados e explorados em seus trabalhos; também foram sendo ensinados a não se rebelarem contra esse sistema, e assim, é no contexto do lar onde poderiam restaurar seu senso de poder, nas relações afetivas, a partir da violência contra a mulher (hooks, 2019b).

Outro aspecto é a equiparação da violência com o amor ou a proteção, em muitas famílias a violência é utilizada como forma de correção, para controlar a criança, o abuso físico é justificado por “estou fazendo isso porque te amo”, assim os pais associam o amor com violência e à noção de aceitação passiva (hooks, 2019b, p.183). Para muitas mulheres, a dimensão que fica de homens violentos é que é “um preço” a ser pago pelo amor, pois acreditam que não podem viver sem o cuidado. Deste modo, a autora afirma que essa luta precisa ser de homens e mulheres em se opor ao uso da violência, para “erradicar a ideia de que estruturas hierárquicas deveriam ser a base das interações humanas” (hooks, 2019b, p.193).

A partir das contribuições de Bell Hooks (2019b), percebo como meu olhar estava enviesado apenas para violência contra mulheres, sem considerar esse olhar mais amplo, o que agora pode justamente movimentar minha escuta no sentido de como ouvir diferentes relatos e pensar minha responsabilidade enquanto profissional de saúde no acolhimento desses sujeitos. Ainda, se tratando da atuação no campo das políticas públicas, é indispensável lembrar que a Notificação Compulsória para casos de Violência a partir da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011 (Brasil, 2011) é uma medida técnica e que conversa com a dimensão da gestão do trabalho em saúde, importantíssima para o trabalho nas Políticas Públicas quando se trata da temática da violência. Esses dados são sistematizados no setor da Vigilância em Saúde, que é responsável por fazer a gestão e análise dos dados, acionando outros serviços de saúde quando necessário, para melhor acompanhamento do caso.

Mas para além disso, o acolhimento dessas questões a partir da escuta é fundamental para as usuárias, que em muitos casos não tiveram apoio na família ou não tem rede de apoio para compartilhar essas situações. Um desafio neste

processo de escuta que venho sentindo é como sendo mulher, ouvir esses relatos me afeta de uma forma em que o desgaste psíquico do trabalho é muito significativo, são dias em que me embrulha o estômago, dores de cabeça e outros tipos de mal-estar aparecem. Ainda não sei muito bem como localizar esses sentimentos, mas os espaços de discussão dos casos, acolhimento entre pares são espaços possíveis de lidar de forma coletiva. Como também, a compreensão desses fenômenos como questões que dizem respeito à postura ética e política de intervenção, pelo reconhecimento enquanto um problema social e portanto, de intervenção clínica.

Ademais, gostaria de pontuar que essas reflexões geraram outros desdobramentos na prática, pensando a questão das violências de forma mais complexa como pontua bell hooks (2019b), como quando usuárias chegam ao serviço relatando episódios de irritabilidade e agressividade em relação à companheiros, filhos, entre outros, não vou compreender esses comportamentos como sintomas de um diagnóstico isolado do mundo, amplo meu olhar sobre os próprios diagnóstico, que estão intrinsecamente relacionados com os modos de produção de subjetividade dentro das políticas de dominação colonial. E olhar isso, permite que se torne um elemento de intervenção dentro da escuta clínica individual, mas principalmente de intervenção coletiva no trabalho das políticas públicas, em que podemos discutir esses modos, como as pessoas se sentem sobre isso e coletivamente pensar em novas formas de se relacionar e estar no mundo.

Ainda, há outro aspecto que gostaria de abordar sobre a temática de gênero, não tive a possibilidade de acompanhar homens com a frequência e intensidade em que acompanhei mulheres, e quando os acompanhei havia relatos de violência, mas não me recordo de um relato sobre violências em que eles foram os agressores. Apesar disso, me questiono por que esses relatos não chegaram ou chegaram e eu não dei atenção, mas considero relevante quando pensamos o quadro das violências contra à mulher, e contra crianças, buscar intervenções com esses sujeitos autores de violência.

Enquanto intervenção política e social ouvir esses sujeitos, buscar um acolhimento, principalmente para não reduzir esses sujeitos a esses atos, escutá-los em sua integralidade e sua singularidade, e buscar também uma reflexão sobre esses comportamentos e suas construções da masculinidade. Considerando os atravessamentos de raça/cor e identidade de gênero, neste trabalho não irei aprofundar essa análise, mas reconheço a importância de olhar para como historicamente os homens negros foram desumanizados pelo

processo de escravização, lidos como perigosos e violentos, enquanto homens brancos sempre estiveram no topo da supremacia patriarcal e como isso produz reações e possibilidades muito diferentes para esses homens (hooks, 2019b). Dito isto, como apresentado por bell hooks, compreender a violência de forma mais ampla e enquanto um modo de ser aprendido/forjado pelo colonialismo é um importante elemento de intervenção clínica.

Considerações finais

O texto exposto foi a partilha possível desse meu processo sendo residente em Saúde Mental Coletiva. Foi um desacomodar de algumas certezas da psicologia, desacomodar de angústias e inseguranças. Estar em uma equipe multiprofissional no campo da saúde mental coletiva foi importante para uma ampliação da minha visão de mundo, de sujeito e das minhas possibilidades de prática; as trocas com as colegas de outros núcleos e os afetos construídos neste período foram fundamentais para ter esperança de um SUS vivo e integral, esperança em um projeto de sociedade, uma sociedade onde o cuidado também se faz a partir da garantia de direitos e principalmente a partir da produção de vida.

Gostaria de pontuar, que nesses dois anos de residência, assim como foi breve a experiência de acompanhamento de homens negros, também não acompanhei diretamente pessoas trans ou pessoas com deficiências físicas (pois a maior parte das pessoas com deficiências que chegam aos CAPS e outros serviços da saúde mental são as pessoas com algum grau de deficiência intelectual). Por isso não abordei temáticas referentes às violências que essas populações sofrem, mas me questiono também por que esses públicos não chegam nos serviços, esse fato já é um dado para pensarmos sobre as políticas de saúde e escutas que temos ofertado. Questiono também que fluxos de gestão estão instaurados nos serviços de portas abertas (entrada do SUS) para esse cenário.

Não se trata de uma crítica, apenas um questionamento, pois alguns municípios organizam uma rede própria visto o princípio de equidade e as diversas especificidades, como da população trans. De toda forma, o que é relevante para este trabalho, é a compreensão sobre as violências, pois todas as opressões são oriundas do sistema supremacista branco, patriarcal, capitalista-imperialista (hooks, 2019c), que coercitivamente criou concepções sobre sujeitos que são bons e sujeitos ruins, sujeitos “civilizados” e “primitivos” a partir

dos parâmetros civilizatórios europeus (Martins, 2019), ou seja, a colonização está na base de todas as opressões, seja de classe, raça, gênero, capacitismo, etária, entre outros.

Deste percurso, ressalto também o aprendizado de Bell hooks (2020) em contar histórias como forma de conhecimento. Cida Bento (2018) em apontar a importância do reconhecimento de meu grupo racial e as dinâmicas que isso implica, é sempre bom lembrar: branco não é universal e a branquitude está diretamente imbricada na efetivação das violências coloniais, patriarcais e capitalistas. E como bem pontua Diangelo (2020), é a partir dos privilégios brancos que se estrutura as desigualdades raciais, estar disposto a abrir mão desses privilégios e lutar pelo fim das opressões é um passo importante para uma sociedade democrática de fato.

Além disso, ressalto a importância do compromisso ético-político em olhar para as questões de minha branquitude, me responsabilizando dentro das dinâmicas raciais entre pessoas brancas e negras. Estar atenta às minhas práticas criticamente, a escuta integral dos sujeitos sem duvidar de suas histórias, sem diagnosticar expressões de sua cultura, identidade racial ou de gênero. Ainda, estar atenta e disponível a produzir uma escuta em movimento, a partir do encontro com os sujeitos, e que gere afetações tantas, que os movimentos e mudanças ocorram dos “dois lados”, usuário e profissional, pois só se constrói uma prática antimanicomial quem está disposto ao movimento, portanto, com quem está disposto a se engajar na luta anti-racista e contra todas as formas de opressão.

Essas reflexões, que trouxe ao longo desse texto, foram os movimentos possíveis por aqui, entre as inquietações, receios, equívocos e afetos na produção de cuidado, na busca por uma prática não violenta e por uma sociedade livre das opressões. Ressalto, ainda, que essa produção foi apresentada à equipe de saúde mental que trabalhei no período do R2, proposta acordada entre preceptoria, minha orientadora e a coordenação da residência, buscando uma forma de preservar a ética e a devolutiva as pessoas envolvidas nesse processo, e assim, também contribuir com o que nós residentes aprendemos nesse processo e construir conhecimento juntas.

Referências

ANZALDÚA, Glória. Falando em línguas: uma carta para as mulheres escritoras do terceiro mundo. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.8, n.1, p. 229-236, 2000.

BENTO, Cida. Pacto Narcísico. In _____. **O pacto da branquitude**. São Paulo: Companhia das Letras, 2022. p. 11-25.

BRASIL. Lei Maria da Penha. Lei nº. 11.340, de 7 de agosto de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 104, de 25 de Janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005) [...]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 21/03/2023.

CAÊ, Gioni (org.). **Manual de Linguagem Neutra em Língua Portuguesa**. Frente Trans Unileira: Foz do Iguaçu, 2022. Disponível em: <https://portal.unila.edu.br/informes/manual-de-linguagem-neutra>. Acesso: 30/03/2023.

CARDOSO, Lourenço. Branquitude acrílica e crítica: a supremacia racial e o branco anti-racista. **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales: Niñez y Juventud**, Manizales, vol. 8 no. 1 P.607-630, jan./jun., 2010.

CARNEIRO, Sueli. Colorindo egos. Racismo, sexismo e desigualdades no Brasil. São Paulo: Selo Negro, 2011.

CRP-SP, Conselho Regional de Psicologia da 6ª região - São Paulo. **Caderno temático 12: Política de Saúde Mental e juventude nas fronteiras psi-jurídicas**, 2011. Disponível em: <https://www.crsp.org/impreso/view/54/vol-12-politicas-de-saude-mental-e-juventude-nas-fronteiras-psi-juridicas>. Acesso: 29/03/2023.

DIANGELO, Robin J. Fragilidade Branca. Dossiê. **Revista Eco-Pós**, [S. l.], v. 21, n. 3, p. 35–57, 2018. DOI: 10.29146/eco-pos.v21i3.22528.

Disponível em:

https://revistaecopos.eco.ufrj.br/eco_pos/article/view/22528. Acesso em: 13/01/2023.

FBSP, Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**, 2022.

FRANCO, Túlio Batista, BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.345-353, abr./jun. 1999.

GONZALEZ, Lélia. A categoria político-cultural de amefricanidade. **Revista Tempo Brasileiro**, Rio de Janeiro, n.92, v.93, jan./jun., 1988, p.69-82.

HOOKS, Bell. **Erguer a voz: pensar como feminista, pensar como negra**. São Paulo: Elefante, 2019a.

HOOKS, Bell. **Teoria feminista: da margem ao centro**. Trad. Rainer Patriota. São Paulo: Perspectiva, 2019b.

HOOKS, Bell. **O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2019c.

HOOKS, Bell. Ensino 9: Contar histórias. In _____. **Ensinando pensamento crítico: sabedoria prática**. São Paulo: Elefante, 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (Org.). **Atlas da Violência 2021**. São Paulo: FBSP, 2021.

KILOMBA, Grada. **Memórias de plantação**. 1. ed. Trad. Jess Oliveira. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

MARTINS, Hildeberto Vieira. Psicologia, colonialismo e ideias raciais: uma breve análise. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 19, n. 44, p. 50-64, abr. 2019. Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2019000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 03 abr. 2023.

MEIRELES, Jacqueline et al. Psicólogas brancas e relações étnico-raciais: em busca de formação crítica sobre a branquitude. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del Rei, v.3, n.14, p.1-15, jul./ set. 2019.

MERHY, Emerson. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: Contribuições Técnicas e Políticas para avançar o SUS, 69-78. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2006.

NOGUEIRA, Isildinha Baptista. Psicologia e racismo: uma autocrítica necessária III. In: Conselho Federal de Psicologia. **Psicologia e direitos humanos: Subjetividade e Exclusão**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p.103-110.

OYĚWÙMÍ, Oyèrónké. **A invenção das mulheres**: construindo um sentido africano para os discursos ocidentais de gênero. Trad. Wanderson Flor do Nascimento. 1. ed. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2021.

PELBART, Peter Pál. A nau do tempo rei. In: **A nau do tempo rei**: sete ensaios sobre o tempo da loucura. Rio de Janeiro: Imago, 1956, p. 29-46.

RODRIGUES, Luciana; BATTISTELLI, Bruna. Pela produção de um cuidado antiracista: problematizando práticas, construindo percursos decoloniais. **Revista da ABPN**, v.13, n. 37, p.390-409, jun./ago. 2021.

SILVA, Livia Machado; CANAVEZ, Fernanda. Medicalização da vida e suas implicações para a clínica psicológica contemporânea. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 17, n. 3, p. 117-129, dez. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692017000300011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 mar. 2023. <http://dx.doi.org/10.5020/23590777.rs.v17i3.5813>.

Capítulo 3

Violência estrutural e determinantes sociais de saúde (mental): ações em um território de vulnerabilidade

André Crescêncio de Souza
Rafael Zaneripe de Souza Nunes
Marcos Bauer Torriani
Leticia Monteiro Bettiol
Tatiane Vanessa Rodrigues Macarini
Luciane Bisognin Ceretta
Karin Martins Gomes
Lisiane Tuon

Introdução

A compreensão acerca da saúde humana requer uma análise interdisciplinar das formas de organização da sociedade, incluindo as estruturas sociais e econômicas. Se o cuidado é dirigido à saúde de seres humanos, seres precipuamente sociais, é fundamental considerá-los mediante as mazelas e possibilidades que a vida em sociedade pressupõe.

De acordo com o pressuposto fundamental do conceito de Determinação Social da Saúde (DSS), compreender a saúde mediante um enfoque social vai além de considerar indicadores de desigualdade social e pobreza, sendo necessário que se leve em consideração, também, aspectos como disponibilidade, qualidade e acesso aos recursos de saúde pública, interação intersetorial, a compreensão da configuração das vizinhanças, o grau de integração e o suporte social presentes em uma comunidade (Dantas *et al.*, 2020). A saúde mental também pode ser abordada mediante a perspectiva dos determinantes sociais, o que implica na problematização da compreensão usual da saúde enquanto ausência de doenças e, por consequência, da saúde mental enquanto ausência de transtornos (WHO, 2013).

Nesse sentido, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, em seu *Draft comprehensive mental health action plan 2013-2020*, pontua que os determinantes de saúde mental não envolvem apenas atributos de ordem individual, como a habilidade para lidar com os pensamentos, emoções, comportamentos e interações com outros sujeitos, mas integram também os âmbitos da cultura, da sociedade, da economia, da política e do ambiente. Condições de trabalho, políticas públicas, padrões de vida, suporte social e comunitário, dentre outros atributos, são determinantes sociais relacionados à saúde mental das populações. Não obstante, a OMS aponta que a exposição a adversidades destas ordens em idades jovens é um importante fator de risco para o sofrimento psíquico (WHO, 2013).

Segundo Gomes (2012), a determinação social da saúde mental pode ser abordada mediante quatro grandes grupos: as experiências de ordem individual, estruturas e recursos sociais, valores culturais e o nível das interações sociais que os sujeitos experienciam. Esses quatro grupos não impactam a saúde mental de maneira isolada. Longe disso, fatores da ordem de um ou de outros grupos impactam e são impactados entre si:

dependendo do grau de intensidade e organização da urbanização, de coesão e capital social, de estruturação dos sistemas de saúde, do direcionamento do planejamento urbano, das variadas formas de governança e distribuição dos recursos, os habitantes das cidades podem vivenciar maior ou menor situação de vulnerabilidade aos problemas de ordem emocional (Dimenstein *et. al.*, 2017, p. 78).

Dentre as adversidades que atravessam os cotidianos das populações, a violência, fenômeno do qual os seres humanos são ao mesmo tempo sujeitos e objetos (Minayo, 1994), impacta de maneira significativa o desenvolvimento individual e coletivo nas sociedades. Embora a violência constitua um problema que não é pertinente de forma exclusiva à saúde pública — haja vista a implicação de setores como Engenharia, Educação, Segurança Pública, empresas e organizações civis sobre o tema —, a saúde é afetada sobremaneira na medida em que a violência impede o desenvolvimento pleno do processo vital humano, acarretando enfermidades físicas e psicológicas e aproximando a morte de pessoas sujeitas às situações de violência. A OMS aponta três grandes formas de manifestação da violência: a violência coletiva, a violência auto infligida e a violência interpessoal (Coelho *et. al.*, 2014).

Soma-se a esses três grandes grupos a violência estrutural, fenômeno social que abrange diferentes estruturas organizacionais e institucionais da sociedade, incluindo famílias, sistemas econômicos, culturais e políticos. Essas estruturas podem conduzir a opressão de grupos, classes, nações e indivíduos, negando-lhes o mínimo existencial e aumentando sua vulnerabilidade ao sofrimento e à morte. A socialização dentro dessas estruturas pode levar os indivíduos a aceitarem ou infligir sofrimentos de forma naturalizada (Minayo, 1994). Com efeito, a violência estrutural torna crianças e adolescentes pertencentes às camadas menos favorecidas da sociedade vítimas da fome, da miséria — seja de recursos materiais ou abstratos, como lazer e cultura —, da pouca ou nenhuma disponibilidade de escolas, moradia digna e hospitais, dentre outras formas de opressão (Menezes e Oliveira, 2015).

Mediante o que foi exposto, através do presente relato objetivamos descrever as ações realizadas por profissionais de saúde membros dos programas de residência multiprofissional de uma universidade localizada no sul catarinense em um território de ocupação próximo a uma linha ferroviária, sendo uma região vulnerável situada no município de Criciúma, Santa Catarina. Cotejamos a realidade experienciada no território através da descrição do contexto sócio-histórico em que a comunidade se desenvolveu, bem como realizamos reflexões sobre os conceitos de determinantes sociais de saúde, saúde mental e violência estrutural, delimitando como os conceitos se associam às realidades da população com a qual se desenvolveu a pesquisa.

Método

As ações foram realizadas mediante a metodologia de pesquisa participante, cujas bases são a participação social e a imersão na realidade concreta da vida cotidiana da população com a qual se desenvolvem as pesquisas. Não obstante, embora o presente trabalho se trate de um relato das ações realizadas em território, optou-se por seguir os princípios da pesquisa participante pois nesta é intrínseca a contextualização histórica das populações no desenvolvimento do saber científico, o compromisso político inerente à toda investigação e a inversão da lógica sujeito-objeto para a lógica sujeito-sujeito (Brandão, 2006).

Os princípios norteados por Brandão (2006) se associam a uma lógica participativa e ética no território, guiando nosso raciocínio para a construção das ações no local. Propusemos, assim, ações semanais como parte do conteúdo

programático organizado em eixos de ações teórico-práticas dos programas de residência multiprofissional em saúde mental, atenção e reabilitação psicossocial, atenção básica e saúde da família, e saúde coletiva da universidade local. O projeto de ações no território da Estrada de Ferro ganhou um nome particular, e ficou conhecido como “Novo Trilho da Saúde”.

Contextualizando o território

Conhecida desde a década de 1940 como a “cidade brasileira do carvão”, no decorrer do século XX a cidade de Criciúma teve seu desenvolvimento atrelado às atividades carboníferas e ao consequente transporte que essas atividades demandavam. A Estrada de Ferro foi uma das primeiras formas de transporte em larga escala desenvolvidas na cidade e impactou no crescimento populacional vinculado à ideia de progresso que caracterizava o espírito do tempo na região. Assentada na cidade desde 1918, a Estrada de Ferro tinha configurações diferentes até a década de 70, quando, em 1975, a aceleração do desenvolvimento econômico originada na exploração do carvão e o desejo por modernização impactaram na retirada dos trilhos da área central da cidade (Budal e Costa, 2019).

Como consequência do processo de realocação das comunidades coordenado pela elite, “a população pobre que morava em barracos na beira dos trilhos foi transferida para uma área entre os bairros Pinheirinho, Santa Augusta e Paraíso, na periferia da cidade, dando origem à Vila Dona Tereza Cristina” (Nascimento, 2000, p. 153). Não havia opção para as famílias que moravam no centro da cidade; caso essa população não possuísse residência em outro local, seria alocada no bairro Tereza Cristina (Generoso, 2001), região hoje conhecida como o território do trilho ou Estrada de Ferro, onde ocorreram as ações do projeto Novo Trilho da Saúde.

Segundo Budal e Costa (2019) em sua pesquisa com moradores da região da Estrada de Ferro que objetivou compreender suas memórias de infância no território:

O espaço da vila Tereza Cristina está presente nas memórias dos entrevistados de forma significativa, um espaço marcado pela degradação ambiental e pela presença da ferrovia. Suas famílias foram retiradas do Centro de Criciúma, mas colocadas no mesmo lugar ‘a beira dos trilhos’ em um bairro afastado (p. 127).

Desde o movimento de retirada dos moradores da região central da cidade para a região da Vila Tereza Cristina, as vulnerabilidades ambientais e econômicas que são evidenciadas atualmente já faziam parte do cotidiano dos moradores. Portanto, mediante o projeto Novo Trilho da Saúde, adentramos o território com a intenção de construir um espaço de cuidado e trocas junto aos moradores da comunidade que vive na Estrada de Ferro.

Um “Novo Trilho da Saúde”

O projeto “Novo Trilho da Saúde” foi desenvolvido com base no trabalho multiprofissional direcionado à integralidade do cuidado, com foco na identificação das necessidades de saúde expressas pela população do território da Estrada de Ferro. Procuramos não abordar o cuidado integral através da compreensão superficial que conceitua a integralidade como “olhar o sujeito como um todo”, haja vista que não é possível visualizar de forma totalizante sujeitos dinâmicos, em constante transformação, cujas tramas de vida se desenrolam em contextos complexos e vivos. Em contrapartida, adotamos a perspectiva da integralidade do cuidado enquanto processo, método de organização do trabalho em saúde que possibilita captar, nos arranjos existenciais de cada sujeito, as diversas dimensões do processo saúde-doença (Oliveira e Cutolo, 2018). Destarte, com o passar do tempo e a reorganização progressiva das ações aqui descritas, abordar a integralidade através dessa perspectiva nos possibilitou compreender parte das necessidades de ações e serviços de saúde apresentadas pela comunidade.

Inicialmente, os residentes membros dos programas de residência multiprofissional se dividiram em dois grupos, compostos por profissionais das seguintes categorias: educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, odontologia e psicologia. Cada grupo foi responsável por propor, planejar, implementar e avaliar ações de saúde quinzenalmente, de acordo com a realidade vislumbrada paulatinamente enquanto imersos no território. Após uma cartografia inicial, na qual identificamos pontos estratégicos no território, bem como nos dirigimos até as casas dos moradores com o intuito de realizar entrevistas para levantar informações sobre as necessidades de saúde da comunidade, as ações passaram a ser concretizadas.

No território, havia um local disponibilizado por uma das moradoras para a realização das ações: um terreno com um pátio de terra batida e um espaço com uma estrutura coberta por telhas desgastadas pelo tempo e pela chuva. Era

esse o local onde propúnhamos as ações, um local singelo, mas convidativo quando organizado de maneira pertinente às propostas. Esse espaço ficava quase ao meio de uma das extensões da Estrada de Ferro, o que possibilitava a chegada de moradores vindos de ambas as direções. As casas dos moradores estendiam-se ao decorrer do trilho, por onde, várias vezes ao dia, passava um trem que carregava carvão ou outras matérias-primas. No momento de passagem do trem havia muito barulho e tremores nas margens do trilho, exemplos de fatores adversos evidenciados na região com os quais os moradores conviviam.

Inicialmente, a cartografia apontou a existência de comércios locais informais: uma padaria, uma mercearia e casas que anunciavam a venda de insumos e a realização de serviços. Notamos a forte presença do mercado informal na região. Conversando com os moradores, compreendemos a multiplicidade de perspectivas acerca da comunidade e das relações que ali se desenrolavam. Enquanto alguns moradores tinham na região do trilho sua morada desde a infância, reconhecendo ali seu lar e nutrido consistentes vínculos comunitários, outros, expressamente residindo no local de maneira transitória em função de necessidades próprias aos momentos atuais de suas vidas, relataram que pouco circulavam pela região e acusaram a precariedade das condições de vida do local como motivo de aversão. O território era reconhecido localmente enquanto um espaço de uso e comercialização de drogas, fator apontado por uma das moradoras enquanto motivo para que evitasse a socialização na comunidade.

Não obstante, a circulação dos moradores pela região ocorria de maneira intensa nos momentos em que adentrávamos o território. Um indicativo da razão dessa forte circulação encontra-se no dia e horário em que as ações eram propostas: sábado, entre às 9h e 11h30 da manhã. As crianças, em particular, circulavam pelo local e interagiram conosco de maneira fervorosa. Através desse vislumbre inicial acerca da forte presença e espontaneidade das crianças em sua convivência conosco, indícios do eventual afunilamento das ações que estariam por ocorrer nos próximos meses já eram evidentes, embora não pudéssemos compreender esses indicativos claramente no momento em que as ações se iniciavam. Inicialmente, foram propostas ações voltadas à saúde da mulher, saúde bucal, estímulo ao lazer, atividades físicas, elaboração de currículos e contação de histórias para as crianças, esta última, em contraste às outras propostas citadas, com alto grau de participação. Tais temáticas foram propostas mediante a categorização das informações levantadas durante as entrevistas com os moradores e como forma de incentivo à presença da

comunidade no espaço destinado às atividades. Com o passar das semanas, o sentimento de frustração foi ressoando cada vez mais entre nós devido à pouca ou nenhuma presença da comunidade nas ações que estávamos organizando.

Uma proposta em específico marcou a necessidade de reorganização das ações em razão da não participação de nenhum morador sequer. A proposta em questão foi um momento pensado para a elaboração de currículos com o público adulto e/ou adolescentes em idade para iniciar atividades laborais formais. A ação foi divulgada com antecedência, tanto em um grupo no *whatsapp* que contava com a participação de membros da comunidade como na página do projeto no *instagram*, meios de comunicação através dos quais tivemos contatos de interessados que confirmaram suas. Estivemos no local com os materiais necessários para a elaboração dos currículos, mas nenhum morador apareceu, mesmo os que haviam confirmado presença. Na sequência, passamos a refletir sobre a pouca adesão das ações e sobre uma forma de organizar propostas que estivessem mais de acordo com a realidade evidenciada no território, já que a participação social no território deve levar em consideração as configurações sociais específicas, as interdependências e o equilíbrio de tensões próprios ao território onde as ações se desenvolvem (Faria e Paiva, 2019).

Nesse momento, havíamos identificado que as crianças da comunidade estavam sempre presentes no terreno destinado à realização das ações, mesmo quando as ações não eram destinadas exclusivamente para elas. Muitas vezes, antes de chegarmos no local, já víamos crianças de 3 a 10 anos jogando futebol, correndo, rindo e se divertindo. Se crianças ali já brincavam com frequência e espontaneamente, certamente já havia se criado um vínculo entre elas e o espaço. Por que não, então, realizar ações que estivessem de acordo com a relação já estabelecida entre o local e o público que o ocupava? Não fazia sentido para nós, a partir dessa constatação, empenhar-nos em tornar o local um espaço de trânsito dos mais variados públicos. Demais públicos ainda seriam atendidos em ações esporádicas, através de visitas domiciliares agendadas previamente, quando a população expressava necessidades de saúde que estavam de acordo com as especialidades dos profissionais presentes e os recursos materiais disponíveis.

A partir dessa reorganização, as ações passaram a se desenvolver com um grau muito mais efetivo de participação. Vínculos entre os residentes e as crianças que participavam das ações foram estreitados, necessidades de saúde foram identificadas com maior diretividade e as ações em si passaram a ser realizadas com maior envolvimento de todos os participantes. Realizamos ações

com centralidade nas crianças, pautando nosso trabalho na proposta de ações voltadas ao esporte, à arte e à cultura, direitos das crianças e adolescentes muitas vezes invisibilizados (Brasil, 1988; Brasil; 1990; Lopes e Berclaz, 2019). Passamos a conhecer algumas crianças por nome e estas eram figuras assíduas nas ações que propúnhamos. A partir do vínculo com as crianças foi possível ter acesso também às suas famílias.

Com efeito, na interação entre as crianças, foi possível identificar que elas, entre si, desempenhavam papéis de cuidado significativos. Importante ênfase faz-se necessária à função de cuidadoras exercida pelas crianças já que as crianças são comumente compreendidas exclusivamente enquanto necessitadas e receptoras de cuidado. Como consequência, negligencia-se o cuidado que as crianças inevitavelmente desempenham em seus contextos de vida. O cuidado não é patrimônio exclusivo da vida adulta, pois há recorrentes situações de negligência evidenciadas em contextos marcados pelos efeitos nefastos da violência estrutural, nas quais as crianças se veem impelidas a cuidar (Plural, 2019).

Durante as ações destinadas à realização de atividades esportivas e culturais, as crianças demonstravam-se especialmente entusiasmadas. Foi durante essas ações que o estreitamento dos vínculos entre os residentes e as crianças se fez possível, mediante o envolvimento direto entre profissionais e as crianças que, em conjunto, realizavam atividades esportivas, artesanato, pintura, dança, dentre outras propostas. Atrelar ações em saúde a esporte e cultura possibilita a superação da invisibilidade desses direitos fundamentais que, geralmente efetivados “quando” e “se” possível, possuem ligação estreita com outros direitos, muitas vezes negligenciados em ambientes atravessados pelos impactos da violência estrutural, como lazer, educação, desenvolvimento de aptidões profissionais e proteção do trabalho (Lopes e Berclaz, 2019). Assim, a realização das atividades supracitadas suscitou a compreensão de que o espaço destinado à realização das ações, embora precário e carente de recursos, possibilitava, mediante um olhar crítico e criativo, a realização de atividades que demandavam recursos possíveis de serem ofertados.

Ao passo que as ações chegavam em seus estágios finais, o afinilamento das propostas e a presença de um público já bem definido possibilitou um terreno fértil para a realização de atividades que estivessem de acordo com as necessidades de saúde explicitadas pelas crianças. Estar com elas passou a ser uma proposta acolhida por nós e pela comunidade. Em alguns momentos, principalmente quando se aproximava a finalização das ações, destinada a uma

produção artesanal de cartões em alusão ao Natal que se aproximava, os pais passaram a frequentar os espaços com suas crianças. Consideramos esse um indicativo de importantes efeitos vislumbrados em decorrência da realização das ações, já que as estratégias de atenção em território devem impactar na aproximação entre os serviços de saúde e demais redes de cuidado, como a família (Esswein *et al.*, 2021).

Após a finalização das ações, em concomitância ao fim do ano e ao encerramento das atividades teórico-práticas propostas pelas residências multiprofissionais, contextualizamos teoricamente a região da Estrada de Ferro como um território atravessado pela dualização social, fenômeno que evidencia uma atenuação no grau de mistura social mediante um processo crescente de autosegregação das camadas mais favorecidas da sociedade, expresso pela construção de condomínios e pelo estabelecimento de bairros fechados, bem como a realocação das camadas médias e menos favorecidas para outros locais (Ribeiro, Rodrigues e Corrêa, 2009). Conforme contextualizado anteriormente, a comunidade da Estrada de Ferro se inicia através de um processo de realocação da população do centro da cidade para a região na qual reside atualmente. Este panorama de dualização impacta significativamente “na deterioração das redes comunitárias, da participação social e dos laços de confiança, fator que incide sobre as iniquidades em saúde” (Dimenstein *et. al.*, 2017, p. 78), e determinam sobremaneira as necessidades de saúde no território, conseqüentemente impactando na determinação da saúde mental da população que ali reside.

As ações realizadas foram pensadas como forma de facilitar o estabelecimento de vínculos entre a comunidade e diferentes perspectivas de cuidado. O cuidado em saúde se deu mediante a compreensão do território enquanto espaço vivo que apresenta suas tramas, suas relações de poder e suas possibilidades particulares, compreensão que nos possibilitou direcionar as ações para propostas que estivessem de acordo com o que — e com quem, naquele momento —, além de necessário, era possível ofertar cuidado.

Discussão

Para compreender as necessidades de saúde em territórios de vulnerabilidade, como a região da Estrada de Ferro, abordamos a saúde enquanto fenômeno multifacetado e determinado socialmente. Canguilhem (1978) defende a conceituação da saúde em sua multideterminação que envolve,

para além de outros aspectos, a tolerância às transformações e iniquidades que a vida impõe e que podem envolver doenças, mas que não são limitadas às patologias. Buscamos atuar no território da Estrada de Ferro de acordo com uma compreensão crítica das possibilidades de cuidado em saúde, na qual o público que se firmou com o passar do tempo, pequenos sujeitos desejosos, demonstravam o que buscavam e o que lhes poderíamos fornecer. Brincavam naquele espaço onde adentrávamos quinzenalmente e nos recebiam com o afeto que lhes era característico.

Quanto à pouca adesão e, em situações posteriores, à ausência dos adultos nas ações propostas, uma série de análises críticas a estes contextos podem ser elencadas. Acentuamos que a causalidade dos resultados de um evento, aqui analisadas como a aderência dos adultos às ações, não são de causa única, não nos cabendo definir uma linha rígida de acontecimentos progressos e posteriores, uma vez que, como já destacado, a fluidez do território, a variabilidade dos determinantes e a própria resposta individual aos macrodeterminantes não são de condição estática, mas sim dinâmica, o que torna estabelecer caminhos específicos uma reflexão não suficiente para descrever a realidade local (Feitosa *et al.*, 2018). Contudo apesar da variação das respostas às exposições de agentes influentes, como os destacados acima, aplicar análises às possíveis causas se faz necessário a fim de visualizar um sentido norteador explicativo.

Assim, pode-se partir de percepções específicas aos macrodeterminantes sociais, a vistas de que sua negligência ou deficiência na efetividade sob populações impactadas pela violência estrutural, como a população da Estrada de Ferro, onde a falta de acesso à educação pode impor limitações sobre expansões críticas da realidade que cerca os indivíduos. Tais limitações podem levar os sujeitos à passividade, não agindo criticamente nas transformações do território-realidade, reverberando então ações limitadoras pré-existentes. A falta de motivação para a busca de informações dos mais variados temas, a dificuldade em mudar a sua realidade pessoal-local devido a crenças pré-definidas e a ausência de poder político-social como força para manutenção e reivindicação de direitos são exemplos que podem ser elencados (Feitosa *et al.*, 2018).

Ademais, exposta a amplitude das desigualdades do território e sabendo-se das diversas abordagens que perpassam a saúde, propomos aqui uma análise sobre as ações interprofissionais em saúde através das quais, pautadas no trabalho multiprofissional, procuramos observar as demandas individuais e do

território por uma série de prismas, a fim de observá-las de modo mais completo e amplo. Justifica-se, assim, as alterações das ações outrora direcionadas também aos adultos, agora voltadas enfaticamente às crianças. Ressaltamos que o trabalho multiprofissional abarca a entrega de uma série de ferramentas aos sujeitos — nesse caso, às crianças — que auxiliam em um modo de viver mais robusto quanto às condições gerais de saúde (Machado, Silva e Teles, 2021; Prado, *et al.*; 2022; Ribeiro, Aguiar e De Andrade, 2018)

As injustiças sociais representam fatores que afetam diretamente as condições de saúde e doença das populações que, imersas em contextos atravessados por pobreza e desvantagens, demandam ações em saúde que levem em consideração seus aspectos sociais e econômicos, inclusive na infância. As desigualdades tornam-se iniquidades na medida em que as relações de poder impactam no acesso aos bens e serviços produzidos coletivamente. Assim, a pobreza, fenômeno complexo que extrapola a falta de recursos materiais, envolve fatores diversos como a falta de voz de uma população e as maneiras através das quais se manifestam as relações de poder, consequentemente impactando no grau de independência dos pobres, tornando-os suscetíveis a exploração e vulneráveis a doenças e riscos. Associa-se a isso, ainda, a falta de infraestrutura básica, recursos materiais, humanos, sociais e ambientais (Dimenstein *et al.*, 2017).

Nesta senda, os determinantes de saúde são estruturais na medida em que a vida cotidiana e suas condições específicas possuem marcante responsabilidade no tocante às desigualdades de saúde evidenciadas nos países. De acordo com a Comissão dos Determinantes Sociais de Saúde (CDDS, 2010), tais condições específicas configuram a conjuntura em que as populações vivem desde a infância, transpassando seus papéis nos processos de produção nas sociedades e o inevitável envelhecimento, fatores que se associam aos sistemas de saúde e se implementam com o intuito de atender as necessidades de saúde expressas nos territórios.

Em território brasileiro, o crescimento das desigualdades deve ser abordado mediante a óptica do recrudescimento da pobreza no país, contexto em que as discrepâncias de gênero, renda e etnia se tornam mais evidentes. Nesse sentido, através de uma compreensão ampliada do conceito de saúde, que busca apreender a imprescindível determinação constitucional da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, enfatizamos as repercussões do contexto histórico e social na saúde das populações. Consideramos, então, que populações que apresentam níveis elevados de pobreza impõem necessidades de

saúde que apresentam desafios complexos às propostas de cuidado em território e que devem, imprescindivelmente, ser dotadas de grau efetivo de criatividade. São comunidades marcadas por sofrimentos atravessados socialmente, articulando-se, como consequência, aos impactos da violência estrutural, evidenciados nos locais onde desabrocham suas vidas desde a infância (Pitombeira e Oliveira, 2020). Nesse sentido, é responsabilidade do Estado, conforme rege a constituição federal:

Assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Brasil, 1988, p.132).

Ainda, são direitos das crianças e adolescentes “a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (Brasil, 1990, p.1). Sendo assim, pautamos nosso trabalho em saúde no esforço pela garantia dos direitos fundamentais das crianças que participaram das ações, com foco nos direitos invisibilizados ao lazer, cultura e esporte (Lopes e Berclaz, 2019). Para tal, lançamos mão das tecnologias leves, aquelas que, na produção do cuidado, demandam fundamentalmente as relações, o encontro, a atenção, o acolhimento, a escuta e que não necessitam de objetos específicos — embora possam fazer uso de recursos materiais —, mas exclusivamente configuram trabalho vivo, em ato, no qual o cuidado de si poderá emergir em atividades nas quais vivências cotidianas se desenrolam (Souza *et. al.*, 2020).

Considerações Finais

A região da Estrada de Ferro apresenta diversos fatores que a constituem enquanto um território atravessado pelas iniquidades consequentes da violência estrutural: não há saneamento básico; a energia elétrica e a rede de abastecimento de água são frutos de ligações clandestinas (os populares “gatos”); em sua grande maioria, as famílias dispõem de baixa renda, limitando seu acesso aos recursos materiais e simbólicos necessários para a realização plena da vida; a população apresenta vínculo fragilizado com o cuidado em saúde e os

componentes da Rede da Atenção em Saúde (RAS); a região é reconhecidamente um ponto de tráfico e uso de drogas, contexto no qual jovens se inserem enquanto possibilidade de socialização e geração de renda; e há um recorte simbólico que separa a região da estrada de ferro das regiões vizinhas, tornando o espaço um território de exclusão permanente. Essa realidade pode ser visualizada tanto ao adentrar o território quanto através da narrativa dos moradores.

Com base na utilização das tecnologias leves (Souza *et. al.*, 2020), as ações no Novo Trilho da Saúde nos possibilitaram estabelecer um espaço profícuo para a promoção de saúde, bem como impactou em graus de desenvolvimento profissional que só se fazem possíveis em território, no cotidiano das relações que se desenrolam nas comunidades. A utilização das tecnologias leves provou ser, para além de uma possibilidade, uma necessidade no cuidado com as crianças. A construção conjunta de um espaço de ações de saúde, cultura, arte e esportes entre nós e a comunidade surgiu como um meio de lidar com as adversidades que atravessam a vivência da população da Estrada de Ferro. Com relação à determinação social da saúde mental, as tecnologias leves auxiliaram na compreensão sobre as experiências individuais, os valores culturais, os níveis das experiências individuais e como as estruturas e os recursos sociais impactam a comunidade, progressivamente alinhando nossas propostas à dinamicidade das demandas evidenciadas na práxis.

Broide (2015) propõe o cuidado em situações sociais críticas mediante o recrudescimento da criação de redes nas áreas da saúde, assistência, cultura, habitação, esportes, geração de renda etc. Continua enfatizando que essas redes também devem funcionar como redes de circulação da palavra por parte de sujeitos que falam, independentemente de como falam, quem sejam e onde estejam. Cuidar é ouvir e ouvir demanda sensibilidade para compreender que, eventualmente, ações propostas em um momento inicial precisam ser reformuladas. Através do vínculo e da escuta, pudemos compreender — ainda que de maneira sucinta em razão da iminente finalização das ações ao fim do ano — como se organizava a comunidade, os fenômenos que lhes infringiram dificuldades de vida e necessidades de saúde, bem como os fatores de proteção evidenciados no local. Ao passo que se estreitavam os vínculos, a escuta se fez possível no território, nos possibilitando relacionar a violência estrutural e os determinantes sociais de saúde mental às necessidades de saúde expressas pela comunidade. A partir daí as crianças estiveram conosco construindo um espaço

de trocas afetivas e vinculação à cultura, à arte, ao esporte e à coesão comunitária.

Estar com a comunidade da Estrada de Ferro nos possibilitou suscitar formas de fazer/pensar o cuidado coerentes às necessidades de saúde expressas pelos moradores. A inclinação aos cuidados em saúde deve levar em consideração os Determinantes Sociais de Saúde, não sendo negligenciados também os Determinantes Sociais de Saúde Mental. A relação da população com situações de discriminação deve ter sua devida importância elucidada em momentos de organização de ações em saúde com as comunidades. A inserção em territórios marcados pelos impactos da violência estrutural requer sensibilidade, criatividade e abertura à escuta e a desconstrução/reconstrução de saberes cristalizados para que, conseqüentemente, o cuidado em saúde possa adequar-se às necessidades da população com a qual se pretende propor ações.

Referências

BRANDÃO, C. R. A pesquisa participante e a participação da pesquisa: um olhar entre tempos e espaços a partir da América Latina. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues; STRECK, Danilo Romeu (orgs). **Pesquisa participante: a partilha do saber**. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2006.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, [2016].

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jul. 1990.

BROIDE, J; BROIDE, E. E. **A psicanálise em situações sociais críticas: metodologia clínica e intervenções**. São Paulo: Editora Escuta, 2016.

BUDAL, J. R.; COSTA, M. DE O. Memórias da Infância na Vila Dona Tereza Cristina De Criciúma Ano de 1975 a 1980. **Revista Saberes Pedagógicos**, v. 3, n. 1, p. 117–134, 18 out. 2018.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1978.

Capítulo 3 - Violência estrutural e determinantes sociais de saúde (mental): ações em um território de vulnerabilidade

CASTRO, M. S. P. **A Política Pública de Assistência Social e o Estado Brasileiro: Assistencialismo, Universalização ou Focalização?** Natal: EDUFRN, p. 247, 2018.

CDSS-Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. **Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais.** Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal: Organização Mundial de Saúde, 2010.

COELHO, E. B. S.; SILVA, A. C. L. G.; LINDNER, S. R. **Violência: definições e tipologias.** Florianópolis: UFSC, 2014.

DANTAS, C. M. B. *et al.* Território e determinação social da saúde mental em contextos rurais: cuidado integral às populações do campo. **Athenea Digital. Revista de pensamento e investigação social**, v. 20, n. 1, p. e-2169, 20 fev. 2020.

DIMENSTEIN, M. *et al.* Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 72-87, 2017.

ESSWEIN, G. C *et al.* Ações em saúde mental infantil no contexto da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão integrativa da literatura brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 3765-3780, 2021.

FARIA, C. C. M. V; PAIVA, C. H. A. Território de saúde: possibilidades e desafios a partir da contribuição de Norbert Elias e John L. Scotson. **Cadernos Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 3, p. 1-6, 2019 (DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201900030257>).

FEITOSA, MZ DE S. *et al.* Afetividade, território e vulnerabilidade na relação pessoa-ambiente: um olhar ético político. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 30, n. 2, pág. 196–203, maio de 2018.

GENEROSO, E. C. **Memórias da Marginalização a Fundação da Vila Dona Tereza Cristina: 1975-76.** 2001. Monografia (Pós-graduação em

Capítulo 3 - Violência estrutural e determinantes sociais de saúde (mental): ações em um território de vulnerabilidade

História Local e Regional) — Curso de História Local e Regional, Criciúma, 2001.

GOMES, J. C. R. **Promoção da saúde mental em espaço urbano**. Tese de doutorado não publicada, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. Portugal, 2012. Disponível em: <https://run.unl.pt/handle/10362/9264>.

LOPES, A. C. B.; BERCLAZ, M. S. A invisibilidade do Esporte e da Cultura como Direitos da Criança e do Adolescente. **Revista Direito e Práxis**, v. 10, n. 2, p. 1430–1460, jun. 2019.

MACHADO, F. C. A; SILVA, M. E; TELES, M. B. Educação problematizadora nas ações de integração ensino-serviço e promoção à saúde nos territórios. **Rev. Ciênc. Plur**, p. 191-210, 2021.

MINAYO, M. C. DE S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. suppl 1, p. S7–S18, 1994.

NASCIMENTO, D. **As Curvas do Trem – A Presença da Estrada de Ferro em Criciúma (1919-1975): Cidade, Modernidade e Vida e Urbana**. Dissertação (Mestrado em Geografia). Curso de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, p. 120, 2000.

OLIVEIRA, I. C; CUTOLO, L. R. A. Integralidade: Algumas Reflexões. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 3, p. 146-152, 2018.

PITOMBEIRA, D. F. et al. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1699–1708, 1 maio de 2020.

PLURAL, Equipe Niñez. Infância, alteridade e cuidado: Reflexões para um campo em construção. **Desidades**, n. 25, p. 48-58, 2019.

PRADO, N. M. DE B. L. et al. Revisitando definições e naturezas da intersectorialidade: um ensaio teórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 593–602, fev. 2022.

RIBEIRO, K. G., AGUIAR, J. B. DE, & ANDRADE, L. O. M. DE. (2018). Determinantes sociais da saúde: o instituído constitucional no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde**, 31(4).
<https://doi.org/10.5020/18061230.2018.8778>

RIBEIRO, L. C.; RODRIGUES, J. M.; CORRÊA, F. S. Território e Emprego: segregação, segmentação urbanas e oportunidades ocupacionais na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. **Anais do XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. Caxambu-MG: ABEP, 2008.

SILVA, M. A. I, et al. Fatores de proteção para a redução da vulnerabilidade à saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 653-658, 2015.

SOUZA J. W. R, et al. Tecnologias leves na atenção básica: discurso dos enfermeiros. **Revista Saúde & Ciência online**, v.9, n. 3, 2020. p.18-28.

World Health Organization - WHO. **Draft comprehensive mental health action plan 2013–2020**. Geneve: World Health Organization, 2013
Disponível em:
http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/.

Capítulo 4

Na favela ninguém tem sossego: reflexões a partir de uma experiência psicossocial na Maré

Dayana Christina Ramos de Souza Juliano
Stallone Pereira Abrantes

*Cabô, quinze anos de idade
Incompletos seis
Eram só 6 horas da tarde
Cabô, cadê menino?
Quem vai pagar a conta?
Quem vai contar os corpos?
Quem vai catar os cacos dos corações?
Quem vai apagar as recordações?
Quem vai secar cada gota?
De suor e sangue
Cada gota de suor e sangue
De suor e sangue
(Luedji Luna)*

Introdução

Existe e é persistente uma lógica predominante que vislumbra as favelas como territórios do negativo, da violência e da vulnerabilidade. Contudo, a atualidade requer que pensemos acerca desses territórios a partir das questões que presentificam e que não surgem nos dias de hoje, perpassam acontecimentos, histórias e estruturas, assim como o modo como o Estado se relaciona com as populações desses territórios, exemplificados pelo processo do genocídio da população negra (Nascimento, 1978), a precarização dos serviços de saúde, assistência social e educação e a dificuldade de considerar os determinantes sociais de saúde como elementos cruciais no fazer e pensar processos de saúde. Estes escritos objetivam refletir acerca da atuação profissional na favela da maré e a compreensão em torno das dinâmicas de

violações de direitos e violências perante a experiência de saúde mental nesse território.

Nosso olhar para as ideias relatadas e o modo como o trabalho é desenvolvido se articula numa abordagem psicossocial e que segue as diretrizes dos Parâmetros para atuação de assistentes sociais e psicólogos(as) na Política de Assistência Social, que sinaliza:

As abordagens das duas profissões podem somar-se com intuito de assegurar uma intervenção interdisciplinar capaz de responder a demandas individuais e coletivas, com vistas a defender a construção de uma sociedade livre de todas as formas de violência e exploração de classe, gênero, etnia e orientação sexual. (Conselho Federal De Psicologia, 2007, p.37).

Sendo assim, optamos por uma postura teórica crítica. Isso significa que defendemos um posicionamento crítico em relação à produção e reprodução dos sofrimentos e agravos em relação à saúde mental, dadas as condições sociais racistas, capitalistas e sexistas. Isso significa dizer que não vamos patologizar ou individualizar quanto à saúde mental, tomamos esta como uma experiência de afetos, agravos, derivações e reflexos cunho social/coletivo, experiência reconhecidamente favelada.

A interseccionalidade, na perspectiva da totalidade, nos oportuniza essa compreensão do fenômeno histórico social da violência que afeta as favelas do complexo da maré. Com a perspectiva da análise totalitária, de forma assertiva e crítica, temos mais uma chance de perceber como as relações sociais desiguais influem nos agravos em violência e por consequência em saúde mental.

O complexo de favelas da Maré

A Maré é um bairro recente na cidade do Rio de Janeiro que legalmente só se oficializou enquanto tal a partir de 19 de janeiro de 1994 através da lei municipal 2.119, configurando-se o maior conjunto de favelas da região da Leopoldina, na zona norte carioca. O complexo da Maré é a soma do total de 16 comunidades, que se situam às margens da Baía de Guanabara e permeiam a Avenida Brasil, Linha Amarela e Linha Vermelha (Pires e Bruce, 2022).

Apesar da Maré ter sido considerada bairro apenas em meados dos anos 90, sabemos que a ocupação da região e a organização social do espaço têm se

registros desde os anos 40, no decorrer da construção da Variante Rio Petrópolis, hoje conhecida como Avenida Brasil. Sabemos ainda que, a mobilização e a ocupação das favelas cariocas antecedem ambas as datas, na Maré não foi diferente.

De acordo com Amador (1997), por volta de 1500 havia na Baía da Guanabara cerca de 30 a 40 grupos Tupis-Guaranis. A existência destes povos indígenas resultou no uso e na cultura atualmente de dialetos e palavras na região, tais como: Inhaúma, Timbau, Catalão, Sapucaia, Pindaí, entre outros. Os índios Tupinambás caracterizaram os povos originários da região.

A região hoje ocupada pelas comunidades da Maré era uma extensão territorial marcada por praias, ilhas e manguezais que formam a Enseada de Inhaúma (Praia de Inhaúma, Ponta do Timbau, Ponta da Pedra, Praia do Apicum, Ilha de Sapucaia, Ilha do Pinheiro, Bom Jesus, Pindais, Fundão, das Cabras, Baiacu e Catalão). Ao longo dos anos, a região foi tomada como lócus de grande notoriedade comercial, sendo referência para o centro da cidade, Caju, São Cristóvão e ilhas próximas.

No início do século XX, o prefeito Pereira Passos almejava uma urbe aos moldes coloniais, que por conta da precariedade acabava sendo palco propício para doenças e epidemias, tais como tuberculose, febre amarela, varíola e malária. Estas questões eram preponderantes devido ao intenso fluxo portuário, assim como a aguçada crise habitacional que submetia as moradias ao longo da cidade, visto que, as pessoas moravam em condições precárias e sem nenhum suporte do Estado. Para agravar a situação, não havia abastecimento de água e saneamento básico. Ainda nesse período, o processo de expulsão das pessoas das regiões centrais da cidade aguçou o povoamento da região que através dos violentos processos de expulsão de suas casas foram obrigados a circular por outras áreas urbanas.

Segundo a Redes da Maré, uma instituição do terceiro setor, que emerge como fruto da articulação de moradores da favela através de um pré-vestibular e trabalha na atualidade com eixos de educação, segurança pública, cultura e arte, a população da Maré é composta de aproximadamente 140 mil habitantes, estando entre os 10 bairros mais populosos do município do Rio de Janeiro, esses dados são do ano de 2019.

Alguns dados foram coletados ao longo de um censo realizado em 2019 por uma instituição do terceiro setor que atua na Maré, a pesquisa tem como o objetivo de "materializar – por meio de vivências, reflexões e construção de metodologias – ações integradas e abrangentes que ampliem os campos de

possibilidades sociais e de direitos dos moradores de favelas e periferias” (Redes Da Maré, 2019, p. 9). Entre os dados acerca da Maré no censo em questão estão: 62% da população é negra, 55% é composta por adultos entre 30 e 59 anos de idade, 44,4% dos responsáveis únicos ou principais pelo domicílio são mulheres, 19,6% dos adolescentes entre 15 e 17 anos estão fora da escola. 67,7% dos estudantes frequentam escolas localizadas na Maré, 37,6% da população completou o ensino fundamental, e 3,5% do total de domicílios há, pelo menos, um morador com deficiência.

Os dados evidenciam a precarização do viver em territórios favelados que é uma imagem bastante difundida quando apresentados pela sociedade. Esses elementos fazem emergir não apenas as mazelas que costumeiramente já sabemos e também a falta de dados do Estado brasileiro, eles nos atentam para a amplitude de informações e a urgência de outras maneiras de pensar a realidade e as experiências de quem vive na favela. Veiga (2019, p. 244) diz “é tempo de decretarmos o fim do colonialismo”, o lugar no qual estou falando já decretou a bastante tempo, este lugar é o Complexo da Maré na cidade do Rio de Janeiro-RJ.

A compreensão de que a Maré é um território plural e intenso se configura como uma disputa atualizada em meio a uma produção social que procura esquecer histórias dos não colonos, que tendem a contar versões únicas em torno de espaços como a Maré. A favela reduzida à violência, ao sucateamento, pobreza e atraso passa a definir toda e qualquer possibilidade de vida ali existente. Lélia Gonzalez (2020) relata em sua obra como os territórios periféricos são exibidos em relação às vulnerabilidades sociais, principalmente a partir da ótica da polícia, que extermina e criminaliza qualquer forma de vida ali presente.

Racismo e a política de guerra às drogas nos incalculáveis impactos à população mareense

As favelas configuram territórios múltiplos e heterogêneos, que passam a ser caracterizados pelo Estado a partir das diversas questões que permeiam e estruturam as relações nesse espaço. Milton Santos (2000) ao pensar a ideia de Espaço Geográfico nos indica que pensar esse conceito requer uma reflexão que toma o território como uma ocupação e constantemente tomado como um campo de disputas, conflitos e intervenções, diferenciando-se de uma ideia de

algo estático e com delimitação física, sendo produzido pelo homem e suas relações.

No que tange a produção de violências, a intervenção militar como principal ação estatal nesses cenários é uma questão complexa e profunda. De acordo com o Grupo de Estudos dos Novos Ilegalismos – (GENI), da Universidade Federal Fluminense coordenado pelo professor Daniel Hirata, entre os anos de 2007 e 2022 ocorreram 19.198 operações policiais no Rio de Janeiro, sendo que 629 delas resultaram em chacinas com um total de 2.554 mortos. O Grupo define chacina como ocorrências que geram três ou mais mortes violentas intencionais, quando inseridas as práticas e intervenções policiais, elas são chamadas de chacinas policiais.

A política denominada “Guerra às drogas” destinadas aos territórios favelados como a Maré são legitimados na sociedade através de um discurso de proteção por parte das forças armadas e combate ao crime organizado, sendo que na realidade do favelado a materialização dessa política é a ação genocida do Estado e a negação de todo e qualquer direito, sobretudo a instauração do terror e do medo, o medo de ser o próximo(a), o medo de ter a casa invadida, o medo de sofrer violências por parte dos agentes do Estado, o medo de seguir a vida e compromissos que precisam ser cancelados em dias de ‘operação’, medo do caveirão, medo do caveirão voador, medo.

Em 2022, a Redes da Maré através do seu eixo de Segurança Pública produziu o Boletim Direito à Segurança Pública na Maré com informações. Desde 2016 tem produzido e monitorado dados em torno do impacto da violência armada na Maré. Os boletins produzidos anualmente condensam dados que auxiliam na compreensão dos efeitos da violência na saúde e na vida de quem vive em territórios afetados pela violência armada. O levantamento apresentado no Boletim do ano passado apresentam os seguintes dados que nos chamou atenção: 27 operações policiais ocorreram no Complexo de Favelas da Maré; 283 violações de direitos e homicídios ocorreram durante as operações; 15 dias de atividades escolares suspensas em decorrência da violência armada; 62% das operações policiais aconteceram próximo a escolas e creches; Das 27 mortes em operações policiais ocorridas nas 16 favelas da Maré, 24 tiveram indícios de execução e em nenhuma delas foi identificada em perícia, dentro dos parâmetros normativos.

A compreensão que as operações policiais incidem diretamente no modo como as relações sociais e estruturais se organizam, nos convoca a pensar que não há como entrar em contato com os dados produzidos pelo Boletim Direito

à Segurança Pública na Maré e não se afetar com os impactos das ações militares na vida de moradoras/es de favelas, em especial em crianças e adolescentes que se desenvolvem e se constituem em torno de ações de extermínio. Recentemente, a pesquisa Construindo Pontes, uma parceria da Redes da Maré, People's Palace Projects, Queen Mary University de Londres, Departamentos de Serviço Social e Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro e do Núcleo de Estudos em Economia Criativa e da Cultura (NECCULT) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) desenvolvida nos últimos 3 anos e divulgada em 2022 procurou mapear os impactos da violência armada na Maré, principalmente no campo da saúde mental. A pesquisa ao se debruçar em torno das questões no campo da saúde mental da Maré trouxe notórios indicadores que auxiliam na reflexão da situação e das consequências da violência policial e armada.

A pesquisa Construindo Pontes realizou entrevistas com 1.211 moradores da Maré indicando que 73% das pessoas entrevistadas já estiveram mais de uma vez em meio a tiroteios, 53% das pessoas na situação relatada se identificam com o gênero masculino e 46% se reconhecem como pretos e pardos, 24% viram alguém ser espancado ou agredido (mais de uma vez somam 63%), 17% já presenciaram alguém ser baleado ou assassinado (mais de uma vez somam 55%).

Ainda incidem no território de favelas da Maré o pânico causado por confrontos violentos dados os confrontos entre os grupos civis armados rivais que disputam os territórios para obtenção de poder e outras fontes de renda além da ação da venda varejista de drogas e toda a organização que envolve a produção dessas substâncias psicoativas atravessadas pela ilegalidade e repressão.

A violência é um elemento presente em todas as sociedades, é importante situá-la como um produto histórico de cunho social e cultural, que atravessa estruturalmente as relações sociais, econômicas e políticas em distintas matrizes. Contudo, é preciso marcar o porquê territórios majoritariamente de pessoas negras são alvo constante da polícia, o que nos ajuda a pensar que as intervenções policiais na Maré, possuem uma violência marcada pela raça.

Portanto, a compreensão da violência racial e do racismo estrutural aponta o emaranhado nas teias sociais que promovem as desigualdades sociorraciais, elemento intrínseco, central e participe do processo de formação histórico, cultural, político e econômico do mundo, e particularmente do Brasil. Sendo assim, é inquestionável que o racismo atravessa todas as esferas da vida em

sociedade, e assim deve ser compreendido e enfrentado, ponderando-se a complexidade de suas artimanhas e atravessamentos na dinâmica social colonial brasileira (Almeida, 2018).

O mito da democracia racial brasileira é forte e até atualmente continua a ser fortalecido, numa afirmação onde a mistura das raças teria sido um processo que tornou o Brasil livre do racismo e das diferenças exacerbadas a partir dele, acredita-se que as desigualdades aqui são das mais variadas origens, mas ainda se rechaça a centralidade racial nas assimetrias sociais deste país.

A história do Estado colonial brasileiro nos revela que por meio de ações de gerenciamento populacional, ativou-se o racismo científico, apostou-se na miscigenação, na eugenia, e no incentivo a migração europeia como políticas de branqueamento do Brasil, ou seja, tornar a sociedade brasileira ‘mais branca’, nos termos da demografia populacional, da cultura e dos valores civilizatórios, o que remete às instâncias do processo do genocídio do povo negro brasileiro.

Análises sobre a violência destinada pelo Estado aos territórios populares e favelas no Brasil, bem como a relação desses territórios e a identificação com os corpos/população negra, dão conta de que esses territórios são explorados e subalternizados, lugares onde o Estado promove o não acesso a recursos, ou seja, aos meios que garantem a vida, e isso reflete no exercício da necropolítica do Estado brasileiro (MBEMBE, 2018).

Esse panorama nos remete ao que Achille Mbembe (2003) chama de Necropolítica. O filósofo Camaronês apresenta essa tese a partir de análise crítica dos fenômenos de violência e mortes sistemáticas, que estão no âmbito das ações do Estado. Segundo Mbembe, através da aliança do sistema capitalista e seus modos de produção e reprodução das relações sociais, associado a doutrina neoliberal ocorre o desmonte das políticas sociais e o declínio e retirada de direitos sociais, reverberando na criminalização da pobreza através de políticas de segurança pública midiaticizadas como ‘guerra às drogas’. Para ele tal fato se reflete, também, na barbárie e violência racial.

O termo “Genocídio da juventude negra” é utilizado para abordar a violência que atinge os jovens negros de forma letal. Entendemos que as relações desiguais de Raça e Classe interferem diretamente nas condições de vida e sociabilidade de um determinado segmento populacional, ou seja, jovens do gênero masculino, negros, e em sua maioria moradores de favelas e territórios populares. Essa forma específica de violência rompe com um direito fundamental que é o Direito a Vida, tendo implicações na morte sistemática dos jovens negros brasileiros.

Ao nos debruçarmos sobre o genocídio da juventude negra brasileira, nos deparamos com um tipo de violência institucionalizada e operacionalizada, também, pelo Estado, que ao invés de assegurar e garantir direitos, promove através de suas ações destinadas a política de segurança pública um verdadeiro extermínio onde muitas vidas são extintas. Neste cenário, onde o Estado se exime em garantir direitos, o que de fato ocorre é a restrição desses, e a juventude negra é afetada de maneira singular pela negação de diversos direitos, a citar alguns exemplos: educação, saúde, cultura, livre circulação e acesso à cidade.

Sendo assim tomamos a experiência de saúde mental como composto social, resultado de vivências e atravessamentos da vida em sociedade, e a vida social na sua tecitura é transmutada em realidade social concreta, circunscrita em relação a território, gênero, identidade e orientação sexual, assim como a pertença racial.

Segundo os dados do Atlas da Violência 2018, em 2016, houve um aumento de 7,4% em relação a 2015 no número de jovens mortos de forma violenta. Já no período de dez anos, entre 2006 e 2016, o aumento registrado foi de 23,3%. O número de mortes violentas é também um retrato da desigualdade racial no país, onde 71,5% das pessoas assassinadas são negras ou pardas.

O medo, a real sensação de insegurança e a incerteza de quem será o próximo contundentemente marcam a experiência da vida favelada. A desigualdade social que determina vida e morte no Brasil não diz respeito apenas a questões socioeconômicas, mas passam fundamentalmente por dimensões socioculturais e étnico-raciais. É uma engrenagem organizada pelo racismo que demarca todas as suas formas de violências, desde o controle ao aniquilamento emocional, físico e simbólico.

Essas marcas estruturais que delimitam o cotidiano nos permitem muitas considerações quanto às hipóteses sobre a relação entre saúde mental e território de favela, Frantz Fanon (2005) em *Condenados da Terra*, descreve sobre essa divisão dos espaços habitacionais e das cidades na organização social colonial, ou seja, das vivências colonial x colonizado:

A cidade do colonizado, a cidade indígena, a cidade negra, o bairro árabe, é um lugar de má fama, povoado por homens também de má fama. Ali, nasce-se em qualquer lado, de qualquer maneira. Morre-se em qualquer parte e não se sabe de quê. É um mundo sem espaços, os

homens vivem uns sobre os outros. A cidade do colonizado é uma cidade com fome, por falta de pão, carne, de sapatos, de carvão, de luz. A cidade do colonizado é uma cidade agachada, de joelhos, a chafurdar (Fanon, 2005, p.34).

Na dimensão de um olhar direcionado para o espelho histórico, ou linha do tempo sobre a prevalência das relações raciais, podemos identificar que o processo de colonização está para as atuais formas de colonialidade – do ser, do saber e do poder - assim como a escravização negra está para as representações contemporâneas de violência racial.

Então, colonização e escravização negra não são elementos de um passado histórico, se fazem presente na realidade hodierna via a colonialidade e toda forma de violência racial. Renato Nogueira apresenta o livro “Alienação e liberdade: escritos psiquiátricos” de Frantz Fanon (2020), com um artigo denominado “Fanon: uma filosofia para reexistir”, onde explana sobre os aspectos da descolonização da periferia do capitalismo e a sociogênese dos fenômenos sociais e psíquicos que Fanon apresenta em suas obras. Nogueira diz:

A colonização é racista, o racismo é colonial, um alimenta o outro... Para Fanon, o racismo é determinado historicamente e funciona para a opressão sistemática de um povo, uma opressão que passa por instâncias políticas, jurídicas, econômicas e psicológicas... Segundo a perspectiva sociogênica, o racismo integra um complexo sócio-histórico que está na base da subjetividade, no núcleo da cisão colonial que determina quem está fora e quem está dentro (Fanon, 2020, p. 17).

A Maré também é referência em formas de resistências e alternativas de cuidado e vida. Podemos afirmar que crianças, jovens, homens e mulheres de todas as idades ressignificam viver na maré, resignadamente, todos os dias pela via da ajuda mútua, organização e coletividade, a história da maré é repleta de exemplos disso, o mais genuíno sentido de organização política pela sobrevivência.

A promoção de saúde mental nesse território é diária, coletiva, intensa e dinâmica, essa produção se dá nas diversas instituições e projetos socioculturais que acontecem no território, se dá nos equipamentos de políticas públicas e sociais através de seus trabalhadores que mesmo precarizados e com recursos sucateados insistem e se dedicam na entrega do melhor serviço além do possível para esta população, se dá também nas diversas manifestações religiosas que

mantêm a fé do mareense em dias melhores, pelas formas de comunicação comunitária desenvolvida por moradores para agilizar os informes e assim diminuir os prejuízos de qualquer ‘caozada’, pelos bailes e festas nas quadras e campos da favela pra garantir o bendito direito ao lazer, de comemorar e ser feliz. A maré é imensa, é vida, é viva, é contraditória, é Maré cheia.

Maré é para nós pensada como um palco de intensa mobilização social e política, uma construção inquieta de lutas e resistência, no sentido amplo que ambas as palavras possuem. Ao longo de suas ruas, há dezenas de instituições compostas por lideranças locais e pela sociedade civil fruto da luta de quem nela mora. Vale salientar que a Maré tem uma atuação singular na construção de metodologias de pesquisa e de intervenção em espaços de favela contribuindo na elaboração de práticas que dialoguem diretamente com a transformação da realidade desses territórios. Apostamos que esse cenário é de busca por cuidado em saúde mental.

Considerações Finais

Este escrito é produto das reflexões originadas na troca de saberes e interesse dos autores pelos temas da saúde mental, violências e violações de direitos e as possibilidades da abordagem psicossocial. É resultado, ainda inconcluso, de um diálogo fértil iniciado já há alguns anos no encontro desses profissionais em instituição do terceiro setor na favela da Nova Holanda/Maré, circunscrito no cotidiano profissional e acadêmico, e se nutre sistematicamente de leituras e novos aprendizados a partir da busca por desvendar as múltiplas dimensões das violências que afetam esse território, em especial a noção de saúde mental dos indivíduos e de forma coletiva.

O signo da morte se faz constante, dito isso, é importante grifar que não morrer fisicamente não significa estar vivo socialmente. A não letalidade do corpo negro não significa vida em plenitude na sociedade racista colonial burguesa. A luta antimanicomial, anticolonial e antirracista precisa ter como horizonte as mudanças estruturais, essa é a força social revolucionária que confronta a sociedade que vivenciamos e pressupõe bem viver e saúde mental.

Esse artigo foi sistematizado em maio de 2023, e até o presente momento aconteceram 14 operações policiais confirmadas oficialmente nas favelas da Maré. Décima segunda operação em um período de menos de 5 meses completos, o que já é estarrecedor fica possível de mensura a partir do seguinte relato: *“Acordei com eles forçando a minha janela”*; *“Acordei no susto tô toda me*

tremendo”; “*Aqui no sem terra tá cheio de polícia, estavam tentando abrir minha janela!*”; “*Surreal isso cara, ninguém merece acordar assim, tô assustada até agora*”; “*Mais um dia, mais uma quinta-feira. Até quando?*”; “*Eu tô surtando hoje*”. Esses são alguns dos relatos e desabafos de moradoras e moradores das favelas Parque União e Nova Holanda que receberam nesta quinta-feira, 18 de maio, mais uma operação policial com equipes do Batalhão de Operações Policiais Especiais (BOPE), do Batalhão de Ações com Cães (BAC) e da Coordenadoria de Recursos Especiais (CORE) da Polícia Civil.

O processo de extermínio do povo negro praticado pelo Estado brasileiro rompe com a ideia da morte como última etapa cíclica da vida, da morte como finitude da vida humana, haja vista que a população negra é alvo de elaborado processo que criminaliza os territórios periféricos e majoritariamente negro, restringe e nega direitos como educação, saúde, moradia, cultura, livre circulação e acesso à cidade e seus bens e serviços. Isso é a negação da vida, e se desdobra no percurso e na própria dinâmica da vida na sociedade capitalista e racista.

As violências e violações afetam a saúde mental das populações negras e faveladas, tendo em vista nossa experiência nas favelas da maré, dizem respeito à violência urbana gerada, também, pela falta de acesso à moradia, trabalho, educação, saúde e lazer que negam melhorias na qualidade de vida. Cabe dizer que são nesses campos que há de se traçar espaços de intervenção ética, política, institucional, profissional e de todas as demais ações e frentes propositivas em prol de saúde mental, de valorização e garantia de vida e saúde no sentido amplo e irrestrito.

Referências

ALMEIDA, S. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Ed. Letramento, 2018.

AMADOR, E. S. **Baía de Guanabara e Ecossistemas Periféricos:** Homem e Natureza. Rio de Janeiro, RJ: Edição do Autor, 1997.

BORGES, J. **O que é Encarceramento em massa?** Belo Horizonte: Ed. Letramento, 2018.

CARNEIRO, S. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil.** São Paulo: Selo Negro, 2011.

Capítulo 4 - Na favela ninguém tem sossego: reflexões a partir de uma experiência psicossocial na maré

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Parâmetro para atuação de assistentes sociais e psicólogos(as) na Política de Assistência Social.**

Conselho Federal de Psicologia (CFP), Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). -- Brasília, CFP/CEFESS, 2007. 52ps. Acesso 05 jan. 2023,

Disponível em:

<http://www.cfess.org.br/arquivos/CartilhaFinalCFESSCFPset2007.pdf>.

COSTA, M. G. **Agroecologia, (eco)feminismos e ‘bem viver’:**

emergências decoloniais no movimento ambientalista brasileiro. In:

Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais.

CERQUEIRA, D.; SILVA, F. S.; LIMA, R. S.; LEMGRUBER, J.; MUSUMECI, L.; KOPITTKEM, A.; FIGUEIREDO, I.; SANTOS, J. V. T.; BUENO, S.; COSTA, A. T M.; JUNIOR, A. O.; FERREIRA H. **Atlas da violência - 2017.** Rio de Janeiro: IPEA; São Paulo: FBSP, 2017. 68 p

FANON, F. **Os condenados da terra.** Juiz de fora: Ed. UFJF, 2005.

_____. **Pele negra máscaras brancas.** Salvador: Ed. EDUFBA, 2008.

_____. **Liberdade e alienação:** escritos psiquiátricos. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

GENI. **Chacinas Policiais:** Relatório de Pesquisa. Grupo de Estudos Novos Illegalismos e Instituto Fogo Cruzado. (GENI). Rio de Janeiro: 2022. Acesso 05 mar 2023. Disponível em: https://geni.uff.br/wp-content/uploads/sites/357/2022/05/2022_Relatorio_Chacinas-Policiais_Geni_ALT2.pdf.

GONZALEZ, L. **Por um Feminismo Afro-Latino-Americano.** Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

HOLLANDA, H. B. de. Org. Rio de Janeiro: Bazar do tempo, 2020. IPEA. Atlas da Violência 2017. Brasil, 2017.

NASCIMENTO, A. **O genocídio do negro brasileiro**: processo de um racismo mascarado. 3ed. São Paulo: Perspectivas, 2016.

MBEMBE, A. **Necropolítica**: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. São Paulo: n-1 edições, 2018.

PIRES, J.; BRUCE, J. 28 anos da Maré como Bairro. **Maré de Notícias**, 24 de janeiro, 2022. Acesso em: 06 mar de 2023. Disponível em: <https://mareonline.com.br/28-anos-da-mare-como-bairro>.

REDES DA MARÉ. **Censo Populacional da Maré**. Rio de Janeiro: Redes da Maré, 2019.

_____. **Construindo Pontes**. Complexo da Maré - Rio de Janeiro: Redes da Maré, 2022.

SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. São Paulo: Nobel, 2000.

VEIGA, L. Descolonizando a psicologia: notas para uma Psicologia Preta. **Fractal: Revista de Psicologia**, (31), n. esp., p. 244-248, set. 2019. Acesso em: 14 mar. 2023. Disponível em: https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i_esp/29000.

Capítulo 5

A gestão autônoma da medicação como prática de cuidado em um CAPS AD II em Belém do Pará

Vitor Igor Fernandes Ramos
Károl Veiga Cabral

A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) é um dispositivo de cuidado alinhado à saúde mental que trabalha com pessoas que fazem uso de medicações psicofarmacológicas e contextualiza a autonomia destas pessoas que as usam, unificando saberes juntamente com o coletivo. A GAM surgiu no processo de reconstrução da Reforma Psiquiátrica no Canadá, na década de 90, sendo trazida ao Brasil através da união entre Universidades, usuárias/os da rede de saúde mental e docentes. Os princípios norteadores da GAM são a co-gestão e autonomia, fundamentais e necessários para a eliminação de violências e estigmas que são direcionados a pessoas com sofrimentos mentais e/ou fazem uso de álcool e ou outras drogas. Ao trabalhar com essa ferramenta de cuidado, apostamos que cada narrativa deve ser afirmada como direito político de sobreviver e (SUS)tentar a vida. Que a GAM se emancipe como uma fomentadora de cuidados a criticar o modelo de bem-estar social em que somos capturados no cenário capitalista.

Afinal, o que é esse modelo? Por que afirmá-lo como uma raiz da expansão do Capitalismo? Desde o início da Revolução Industrial na segunda metade do século XVIII, o mundo se modificou, países começaram a expandir seu comércio, trabalhos realizados as mãos foram sendo substituídos gradativamente por máquinas ou outros operadores tecnológicos. O tempo para se comunicar com pessoas se encurtou. Armamentos bélicos foram criados, alianças foram forjadas entre países. O ser humano teve de procurar meios para sobreviver e conviver com o avanço tecnológico. Porém, passados três séculos desde o início da Revolução Industrial, uma grande parcela da sociedade ainda enfrenta a precariedade de serem esquecidas e estruturalmente desassistidas com programas básicos.

Um relatório conjunto publicado pela Organização das Nações Unidas para Alimentação e a Agricultura (FAO) em apoio com outras entidades, mostrou que 131 milhões de pessoas não tem acesso a uma alimentação saudável na América Latina e Caribe⁴. Isso mostra quanto à seguridade e necessidades básicas para a sobrevivência não são pautadas para toda a sociedade, principalmente, as desigualdades históricas entre povos em condições de vulnerabilidades, como negros e indígenas. A GAM vai muito além da discussão e o acesso a medicamentos. Ela tem a necessidade de historicizar e pautar necessidades esquecidas há muito tempo: a importância de discutir saúde mental e uso de drogas. E também que todos os seres humanos são importantes e merecem viver em condições dignas de acesso as necessidades básicas.

Sempre será desafiante e inovador trazer o debate de um território Amazônica, neste caso a cidade de Belém, capital do Pará, sobre um dispositivo que discuta proibicionismo, criminalização e planejamento de pautas públicas para quem usa droga. Planejar, implementar e executar políticas públicas em rede e linha de cuidado como preconizado na saúde mental não é tarefa fácil em um ambiente desafiador, recortado por um território de largas distâncias e uma geografia repleta de rios e florestas, o que torna complexo estabelecer parâmetros seguros de acesso integral as populações. Em especial para a área de saúde mental, muitas vezes secundarizada no próprio campo da saúde e sua relação com Determinantes Sociais como habitação, alimentação, emprego, renda, cultura entre outras.

Belém, que foi palco de uma das revoltas mais conhecidas do Brasil, a Cabanagem, traz em seu povo sangue cabano, que resiste a várias tentativas de aniquilamento de suas culturas, culinárias e terras, demarcando territórios e ocupando espaços para sua sobrevivência e resistência. E são nessas resistências, no campo da reforma psiquiátrica, que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgem, como forma de moldar e iniciar um novo paradigma de cuidado na saúde mental. Entre as modalidades de CAPS existentes, temos o de álcool e outras drogas (AD), que é um modelo de atenção psicossocial preconizado para cuidar em serviço aberto de base comunitária, de pessoas em uso de substâncias psicoativas, reafirmando processos e projetos de vida focados na pessoa e não somente na substância utilizada por ela.

⁴ Disponível em: Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional - América Latina y el Caribe 2022 (fao.org)

O CAPS possui a lógica de inverter o modelo biomédico e propõem o sujeito como agente central da equação de cuidado, ajudando-o a construir seu projeto de vida, recolocando na cena o ator principal que justamente é o usuário. Tem como função ações e políticas públicas que proporcionem o protagonismo, autonomia e o cuidado em liberdade para pessoas que fazem uso de drogas, ao considerar o modelo de descriminalização e anti-proibição como norteador de um campo pautado na defesa da cidadania.

Atualmente, Belém conta com vários dispositivos que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a níveis (Estadual e Municipal) divididos entre CAPS saúde mental, infanto-juvenil, unidades básicas de saúde, álcool e outras drogas, Unidade de Acolhimento e leitos em Hospital Geral, além de destinar vagas a Comunidades Terapêuticas (CT'S). Um desses dispositivos são o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), classificado na modalidade tipo II⁵, que é o território situado deste artigo.

Esse CAPS AD tem a finalidade para atender pessoas que fazem uso de álcool, crack e outras drogas. Por ser um serviço de modalidade II é ofertado atendimento de 08:00 horas até às 19:00 horas, de segunda a sexta, ou seja, não possui acolhimento 24h. Desde maio de 2022, um dos grupos terapêuticos que ocorre neste espaço é o Grupo GAM, que dialoga com usuárias e usuários de drogas, familiares e profissionais do serviço a medicalização que nossa sociedade está inserida, mas principalmente direcionado aos usuárias/os que frequentam serviço.

Ao trabalhar a GAM como uma alternativa a essa medicalização excessiva, acreditamos no processo do cuidado entre pares, no cuidado singular e coletivo. Um dos objetivos dessa ferramenta é mostrar a criticidade e autonomia que devemos ter em nosso tratamento, a partir de um modelo de saúde que une singularidades de vivências de usuárias/os e profissionais. Em relação à autonomia, destacamos a fala de um usuário em uma das rodas de conversa sobre o Grupo GAM:

⁵ Segundo a Portaria 3088/11 a modalidade de CAPS tipo II atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes.

Eu me sinto bem agora, eu tô lendo a GAM todo o dia e pude ver as interações entre álcool e medicamento que pode dar erradas. Teve uma vez que eu misturei Pregabalina e álcool e só fui acordar no hospital. Ao olhar o Guia GAM, eu vi que não pode misturar essa medicação com álcool. Eu não sabia o que era GAM. (Informante A, 2023).

Neste destaque é possível ver a partilha do conhecimento do ‘profissional especialista’ com o saber que o usuário possui em sua vivência. Apropriar-se desse conhecimento, debater e refletir são atitudes importantes para o autocuidado, a corresponsabilização e também para o vínculo. Uma autonomia que une coletivo em que todos os saberes são importantes, descobrindo o outro como sujeito de suas próprias histórias. Para Campos (2014, p. 10) essa autonomia é “um movimento que significa estar em relação com os outros, não sozinho. Para se viver em autonomia, é necessário compartilhar os saberes, o que pensem e o que sentem, ao invés de se fecharem em suas idéias e posições”. Uma ferramenta que vai contra todo o processo neoliberal de produção constante e em movimento na sociedade.

Um processo que desumaniza seres humanos e os torna alienáveis no teor capitalista e competitivo, abarcando subjetivamente violências que são silenciáveis ao nosso redor. Violências que atingem, principalmente, corpos negros, pobres e periféricos, que institucionalmente e estruturalmente não seguem a “normalidade” e são rotulados como inaceitáveis, devendo ser “capturados, controlados, conduzidos, enclausurados e medicalizados” (Assução; Lemos, 2022, p. 1685).

Foucault (1988) considera que, do século XVIII em diante, o poder tomará como objeto a vida de duas maneiras estratégicas: a primeira delas é a anátomo-política do corpo humano, que tem como funções a disciplinarização, o adestramento e a docilização dos corpos, fazendo-os diligentes e econômicos. A segunda seria o corpo espécie, objeto de investimento da biopolítica, que se efetiva por meio da gestão de procedimentos próprios da vida da população: a propagação, o ato de nascer, a morte, a saúde, o envelhecer. Em decorrência da ampliação do biopoder, será observado o alargamento de tecnologias políticas em torno da saúde, do corpo, da alimentação, do controle do comportamento e normalização do prazer.

Essas relações de saber/poder direcionadas ao corpo são naturalizadas pelo conjunto de atores sociais. Elas passam a fazer parte do senso comum e são repetidas inclusive em ações. Assim os discursos de violências são emitidos

muitas vezes sem a percepção do tecido social. Ocorre certa banalização das violências intrínsecas inclusive nesse modelo neoliberal que dita modos e posturas de andar e viver no mundo. Tudo que escape a essa norma é considerado anormal, fora de padrão, como se a experiência humana não fosse múltipla e complexa. Essa postura discriminatória gera estigma e preconceito com as pessoas em uso de substâncias psicoativas, impedindo muitas vezes o exercício pleno da cidadania.

Ao trazer para o embate empírico essas violências subjetivas, é perceptível que entre as/os usuárias/os que fazem uso de drogas ilícitas e lícitas, também existe o preconceito explícito entre grupos de diferentes drogas, nas quais se destaca as/os usuárias/os de maconha x álcool. Em um dos debates junto ao Grupo GAM, um usuário que se considera ‘maconheiro’, apontou o seguinte: *“tá ligado grupo que eu sou maconheiro, né, a maconha é meu medicamento. Eu uso ela pra tudo”*. (Informante B, 2023). Outro, que diz ser ‘adicto e especialista em álcool’, falou: *“eu não sei por que tem gente que fuma mato. Olha para mim, eu sei tudo sobre o álcool, bebo desde os 12 anos”*. (Informante C, 2023). Violências que são inseridas historicamente pelo proibicionismo e criminalização que certas drogas tiveram com o avançar do capitalismo, como as drogas proibidas e legalizadas.

Gestão autônoma da medicação

A Reforma Psiquiátrica iniciada a partir do século passado, na década de 60, tinha o objetivo de introduzir novos conceitos e metodologias de cuidado humanizadas a pessoas que estivesse com algum sofrimento psíquico e pudesse utilizar os serviços de saúde. Quebrando a lógica manicomial de prender e medicalizar, a reforma psiquiátrica ganhou força como um movimento realizado por profissionais, familiares e, principalmente, usuárias/os que frequentavam o serviço manicomial e estavam exaustos de não serem vistos e medicalizados.

No caso brasileiro a luta do processo da reforma psiquiátrica é a luta por cidadania, a luta pelo pleno exercício e pelos direitos sociais. O modelo de atenção psicossocial com serviços de base comunitária visava garantir cuidado a pessoas em sofrimento, ao mesmo tempo em que garantia a livre circulação, a manutenção dos laços familiares, sociais e os projetos de vida. Sendo cuidado em uma rede de serviços substitutivos evitava-se a cronificação, a iatrogenia do modelo manicomial, o estigma e o preconceito inerentes ao hospital psiquiátrico.

Foi a partir deste cansaço e silenciamento, que a Gestão Autônoma da Medicação será pensada e iniciada. Na Cidade de Québec, Canadá, em 1993, pela falta da crítica do uso de medicamentos na saúde mental, usuárias/os com sofrimentos mentais vão reivindicar o uso correto e informativo dos medicamentos, a partir de seu envolvimento no cuidado e com seu tratamento:

A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) é uma estratégia pela qual aprendemos a cuidar do uso dos medicamentos, considerando seus efeitos em todos os aspectos da vida das pessoas que os usam. A GAM parte do reconhecimento de que cada usuário tem uma experiência singular ao usar psicofármacos e de que importa aumentar o poder de negociação desse usuário com os profissionais da saúde que se ocupam do seu tratamento – sobretudo com os médicos, que são os que prescrevem os medicamentos. (Campos, 2014, p. 7).

Cutucar a “normalidade” presente nas relações de trabalho no CAPS AD é de suma importância para destacar a participação de usuárias/os na construção de um Grupo. Durante a Síndemia da COVID-19 iniciada em 2020, a circulação e o acesso ao CAPS AD tornaram-se difícil, devido à aplicação de protocolos clínicos que garantia a diminuição de atendimentos aos usuários e atividades em grupo, sendo cerceado apenas dispensação de medicamentos na Farmácia. Realizar um grupo que dialogue sobre medicalização x desmedicalização se tornou peça fundamental para os processos de saber e poder, passado três anos da COVID-19. Um exemplo de essas inquietações é a fala de um usuário, que relata:

Eu quero parar de tomar remédio um dia. Eu quero acordar disposto, bem, com a dopamina lá em cima. O Clonazepam que eu tomo me deixa muito dependente. Eu não quero precisar de remédio pra aumentar minha dopamina. (Informante D, 2023).

Defender um espaço de cuidado que pautar tratamentos não manicomial é também ser a favor da defesa da valorização do território de cuidado, com financiamento e investimento do governo, sendo o primeiro passo, o fim da Emenda Constitucional Nº 95/2016, que congela por 20 anos investimentos públicos na saúde e educação, principalmente. O início de toda política pública deve ser pautado pela construção de uma saúde mental livre de estigmas, estereótipos e qualquer tipo de violências.

Na experiência de Belém o Grupo GAM ocorre desde maio de 2022, no espaço do CAPS AD, sendo utilizados dois Guias traduzidos do Canadá e adaptados para o Brasil, na qual: 1. Guia do Moderador – Gestão Autônoma da Medicação, um Guia para apoiar o cuidado compartilhado de medicamentos psiquiátricos e 2. Guia da Gestão Autônoma de Medicação para usuários, sendo o primeiro para as pessoas que fazem a moderação do grupo e o segundo, para usuárias/os, especificamente. Porém, a GAM permite que o moderador do grupo não seja apenas o profissional, trabalhador ou pesquisador, o ‘detentor de conhecimentos’. Durante as etapas ocorridas com o Guia, deve prevalecer o protagonismo de usuárias/os, para que estas pessoas possam no futuro conduzir Grupos GAM pelo CAPS, sem a ‘supervisão’ de nenhum profissional.

Esses guias trabalhados nas rodas GAM são um dos resultados que foram conseguidos pelo nascimento e amplo debate sobre a GAM no Canadá, através do protagonismo de usuárias/os do sistema que foram radicais em sua busca de um novo tratamento para saúde mental:

Uma das ferramentas da GAM, resultado de vinte anos de lutas dos serviços alternativos e dos grupos de promoção e defesa dos direitos em saúde mental do Quebec, é o guia *Gestion Autonome de la Médication de l'Alme - Mon Guide Personel* (Gestão Autônoma da Medicação da Alma - Meu Guia Pessoal). Chamado de Guia GAM, foi elaborado em 2001, através do encontro entre integrantes da Associação de Recursos Alternativos em Saúde Mental do Québec (RRASMQ), da Associação dos Grupos de Intervenção em Defesa dos Direitos em Saúde Mental do Québec (AGIDD-SMQ) e de pesquisadores da Equipe de Pesquisa e Ação em Saúde Mental e Cultura (ÉRASME) (Campos, 2014, pp. 12-13).

A GAM chega ao Brasil a partir de 2009, através de um grupo multicêntrico de pesquisa da Associação Internacional de Pesquisa Universidade e Comunidade (ARUCI) Saúde Mental e Cidadania, com apoio do Canadá em parceria com quatro universidades brasileiras: Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade Federal Fluminense (UFF) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) juntamente com usuários de CAPS de Campinas, Rio de Janeiro e Novo Hamburgo, que já vinha trabalhando para adaptação da ferramenta para a língua portuguesa, levando em consideração a nossa Reforma

Psiquiátrica e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), além da realidade local.

Com o Guia GAM presente e transformado para a nossa realidade brasileira, foi possível fazer várias adaptações do Guia original para o nosso. Uma delas foi a modificação da ‘diminuição do uso de medicamentos’ para o acesso e a garantia destes, visto que, uma das exigências do povo brasileiro desde o nascimento do SUS foi a Assistência Farmacêutica e o uso racional de medicamentos, garantindo a sua universalidade, integralidade e equidade no cuidado. Isso porque o acesso ao medicamento ainda não está garantido para todas/os, como era o caso da experiência do Canadá.

Passado mais de uma década desde a vinda do Guia GAM para o território brasileiro, vários resultados puderem ser publicados, assim como dissertações e teses. Um deles foi a criação de uma rede-escola colaborativa de produção de conhecimento, apoio e fomento, coordenado pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), que se chama Observatório Internacional de Práticas GAM, que situa grupos que ocorrem no Brasil, Espanha e Canadá. A Região Norte não tinha nenhum representante desde a fundação deste Observatório, até este ano, quando a Universidade Federal do Pará (UFPA) entrou como uma das parcerias para potencializar as narrativas e apostar nas grupalidades dos encontros. E são essas grupalidades que Ceccim (2004) nos ajuda a compreender a potência da GAM, quando retomamos seu conceito de encontro, pois esta é a aposta da ferramenta. Ceccim (2004) nos aponta que sem encontro não existe possibilidade de se produzir saúde, no sentido defendido pelo SUS. É preciso certo grau de empatia, de outrar-se como nos diz o autor, para poder produzir o encontro com o outro. Um encontro de contágio, de saberes, de construção conjunta e de relações horizontalizadas, capazes de acolher a experiência de cada um produzindo pertencimento, produzindo movimento, produzindo vida.

Proibicionismo em terras indígenas

O uso de drogas na sociedade é originário há muitos séculos, tendo se iniciado muito antes da Era Cristã e se expandindo por décadas depois, através do comércio entre nações e o tráfico de pessoas em condições de escravidão para outros países, principalmente o Brasil. A terra “descoberta” pelos portugueses, era conhecida e habitada por povos originários e identitários, constituindo-se assim uma sinergia entre culturas, tradições, costumes e hábitos

de bem-viver. Os indígenas utilizavam-se de diversas drogas naturais para cura, profilaxia, tratamento e/ou uso habitual destas para sua saúde.

O conceito de droga, em teoria, é bem simples, situando-se a qualquer substância que ao entrar em contato com algum organismo vivo, sofre alguma modificação. Porém, é comum e institucional, que o termo ‘drogas’ ao ser falado, se remeta historicamente a algo ruim, danoso, que possui em seu significado algo a ser combatido, eliminado e prejudicial. Este conceito subjetivo construído por movimentos e pessoas, está presente na atualidade. Ao associar estas drogas com algo a ser proibido, cria-se um imaginário e associa-se estas ‘drogas perigosas’ a pessoas sujeitas de perseguição, controle e docilização. Pessoas negras, pobres e periféricas têm sido associadas a uso dessas ‘drogas perigosas’.

No caso das drogas observamos esse processo micropolítico no processo de criminalização que surge a partir de movimentos civil-religiosos organizados. Ao mesmo tempo, ao se apoiar sobre o racismo, essa normalização não deixa de reforçar as iniquidades entre classe sociais, já que negros e imigrantes passam a ser o alvo predileto desta estratégia discursiva (De Paula Souza, 2013, p. 96).

Para Bokany (2015) a questão das drogas é tratada como “caso de polícia” no Brasil, e essa complexidade envolve na realidade diversas contradições e conflitos, gerando estigmas e preconceitos aos usuários, indicando uma dupla penalização – a social e a legal. Abordar o problema das drogas como crime dificulta vê-lo em sua dimensão real, advinda da exclusão social, de problemas raciais e de classe, ausência de justiça social e de oportunidades, todos relacionados ao proibicionismo punitivo.

Outro ponto é que a criminalização oculta os processos de exclusão social e reproduz a dinâmica das discriminações de classe e raciais que estruturam as relações de poder no Brasil. O aumento da violência e da criminalização gerada pelo tráfico atinge principalmente jovens negros e pobres. A criminalização das drogas não se dá desvinculada do contexto social mais amplo, ao contrário, é determinada por ele. Muitos dos conflitos atribuídos às drogas refletem problemas sociais de outra natureza, como a violência, desemprego, falta de educação, cultura, lazer e acesso a melhores oportunidades. A política proibicionista reforça e potencializa os nefastos efeitos sociais, a injustiça, o preconceito, a violência e a opressão (Bokany, 2015, p. 8).

Carvalho (2011, p. 2) relata que as drogas começaram a ser classificadas como ilícitas e lícitas apenas na primeira metade do século XX e, a partir desse contexto, as drogas ilícitas passaram a ser vistas como “inimigas da sociedade e intimamente vinculadas ao crime organizado e à violência”. É por essa classificação inédita, através do estigma social e na criminalização do uso de drogas, que “pessoas negras terão como um de seus ‘rostos’ o uso abusivo, comércio e o tráfico de drogas, na qual o Estado se compromete a ser a entidade que vai vigiar, observar, punir e dizer quem pode ou não usar drogas, por medidas raciais” (Ramos, 2023, p. 547).

Um relatório produzido pelo Centro de Estudos de Segurança e Cidadania (CESeC) denominado: Um tiro no Pé, impactos da proibição das drogas no orçamento do sistema de justiça criminal no Rio de Janeiro e São Paulo, através do projeto Drogas: Quanto custa proibir? mostra que a proibição de certas substâncias psicoativas não é um imperativo moral, mas uma escolha política (LEMBRUBER, 2021). Continua ao afirmar que o contexto da proibição da produção, comércio e o consumo de substâncias psicoativas - drogas -, remetem há mais ou menos 100 anos a nível global e Estados nacionais, levando em consideração falta de conhecimento sobre estas substâncias e muito, muito racismo.

Os Estados Unidos foram o país que encabeçou a perseguição e a iniciação da política de “Guerra às Drogas” contra qualquer uso de droga considerada proibida. O cunho ético-moral-político desta perseguição é o racismo. Declarações oficiais do governo americano argumentavam, por exemplo, que homens negros e pobres estariam mais propensos a usar cocaína, levando-os a cometer violência sexual contra mulheres brancas (Kandall, 1999).

No grupo GAM conduzido em Belém (BR) observo que a maioria das pessoas que participam do grupo são negras, pobres e estão em situação de vulnerabilidade. Ao trazer o embate do corpo negro em uso de drogas para a roda GAM, um usuário diz: “*eu sou negão, pode me chamar assim, eu não me importo*”. (Informante E, 2023). A GAM não discute apenas a medicalização e a autonomia das pessoas em seu tratamento. Um de seus propósitos é:

Discutir o uso de psicofármacos, além da dualidade de substâncias prescritas x proscritas, ilegalidade do consumo de drogas em espaços públicos, relações étnico-raciais e conceitos de proibicionismo, criminalização e estigma de uso de drogas. (Ramos, 2023, p. 550).

Desde o início do grupo em 2022, notei que a maioria dos participantes são pessoas negras e que estão em situação de rua. Dentre as conversas e aprendizados, uma mulher, negra, fala sobre sua condição e realidade na rua: *“Vitor, olha para mim. Eu sou mulher, eu não posso tomar remédio para dormir à noite. Uma vez eu dormi e acordei com um homem em cima de mim, já sofri muitas tentativas de violências”*. (Informante F, 2023).

Significar as singularidades de cada usuário e acolhê-los em sua plenitude é consolidar vínculos entre profissional e usuário, estabelecendo relações que te afetam como pessoa. Sendo assim, o racismo deve ser tomado como o principal determinante para ocorrer violências nessa população em específico, que estruturalmente possui violações históricas e ausência de políticas públicas em seu espaço de construção de cidadania, a começar pelo “fim do abolicionismo e término da escravidão”.

Para Souza (2016) a classe social por ele denominada como “ralé brasileira” começou a ser formada no Brasil moderno desde as suas origens, na junção do contexto de urbanização e industrialização brasileiras, e ao processo de libertação dos escravos. Este último feito sem qualquer ajuda governamental, quando os então ex-escravos ou mestiços empobrecidos passaram a formar, já naquela época, a classe dos desclassificados e abandonados à própria sorte (ou azar) nos centros urbanos do país. Ou seja, jamais houve no Brasil qualquer visão de igualdade de classes ou consciência da necessidade de resgatar pessoas excluídas socialmente. Nunca tivemos um estado de bem-estar social para população brasileira em nosso país, aspecto que o SUS e o surgimento de outros sistemas como o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o acesso universal a educação, entre outros tentam sanar.

Ao considerar que a falsa política de “guerrear contra as drogas” acaba pleiteando a eliminação de seres humanos e, não as drogas, o Brasil avança com uma única certeza: o consumo de drogas na sociedade brasileira deve ser eliminado e o ‘principal consumidor’, o negro, exterminado. Nascimento (2016, p. 115) é assertivo ao dizer que “o negro no Brasil está sendo rapidamente liquidado nas malhas difusas, dissimulada, sutis e paternalistas do genocídio mais cruel dos nossos tempos”. É de fundamental importância que a/o usuária/o de droga esteja centralizado na construção e formação para novos conceitos em saúde mental, levando em consideração a Interseccionalidade entre raça, gênero e classe.

Proibir as drogas em terras indígenas é ir contra o nosso próprio ‘nascimento’ de civilização e sociedade. É desmistificar conceitos e culturas que

povos indígenas pautam há séculos como um dos processos a se buscar o bem-viver. É subjugar a vida ao poder e a morte, constituindo a Necropolítica como criadora de “mundos de morte”. Mbembe (2018, p. 71) afirma que a Necropolítica e Necropoder são “formas únicas e novas de existência social, nas quais vastas populações são submetidas a condições de vida que lhes conferem o estatuto de ‘mortos vivos’”. É necessário reafirmar que as violências subjetivas sofridas pela população usuária/o de droga são mascaradas e tem como forma de cuidado modelos higienistas, biomédicos, proibicionistas, criminalizantes e individuais.

Conclusão

O cuidado em saúde mental e no campo álcool e outras drogas é demasiadamente desafiador e deve-se ser articulado intersetorialmente, com áreas que englobe Educação, Saúde, Moradia, Assistência Social entre outras, apostando na micro e macropolítica do território, com cuidados além dos CAPS, abrangendo a Desinstitucionalização como uma das alternativas do cuidado. A Redução de Danos é a filosofia norteadora para o fim do proibicionismo e criminalização de drogas, introduzindo cidadão como sujeito de seu próprio espaço de tratamento.

É urgente a descriminalização e legalização de drogas em nossa sociedade. O Brasil carrega um peso histórico devido ao apagamento, silenciamento e violências cometidas a povos originários e identitários pertencentes em nosso território e trazidos à força de outros países. O caminhar para a construção de pautas públicas em todo território brasileiro sobre a desconstrução de drogas e a eliminação do discurso das ilícitas x lícitas em nosso meio, é necessário para a efetivação de direitos públicos para essa população.

Os Grupos de Gestão Autônoma da Medicação podem ajudar a problematizar essas relações do tecido social com a droga, com o uso, com as diferentes formas de preconceito associadas a elas, entre as quais a violência do racismo exige uma resposta imediata do Estado brasileiro. O usuário no centro do debate garante o protagonismo e o empoderamento do mesmo sobre o tema. A GAM como dispositivo de cuidado é mais uma ferramenta de garantia de direitos, abrindo espaço para as narrativas em primeira pessoa, para o resgate da autoestima e para o exercício da cidadania.

Dessa forma podemos dizer que o dispositivo da GAM caminha na mesma direção que o preconizado pelo SUS que é a garantia do acesso universal,

integral, equânime das populações a saúde, da mesma forma que garante aparato legal dos conselhos e conferências a democracia participativa, ou seja, a voz dos usuários do sistema no planejamento e na tomada de decisão em saúde.

Referências

ASSUNÇÃO, Letícia Sarges; LEMOS, Flávia Cristina Silveira. **A “MEDICALIZAÇÃO DA LOUCURA”**: UM EMBARQUE À DERIVA DA NAU DOS LOUCOS. Revista Contemporânea. 2. 1684-1710. 10.56083/RCV2N7-007. 202

BOKANY, V. Drogas no Brasil – Entre a saúde e a justiça. In: BOKANY, Vilma (Org.). **Drogas no Brasil**: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015, p. 7-27.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* **GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO** – Guia de Apoio a Moderadores. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: Home - Observatório GAM (unifesp.br). Acesso em: 05 jun, 2023.

CARVALHO, J. C. **A produção de leis e normas sobre drogas no Brasil**: a governamentalidade da criminalização, 2011. Disponível em: NEIP - Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos. Acesso em: 12 jun, 2023.

CECCIM R. B. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R.; Mattos R. A. **Cuidado**: As fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec, 2004.

DE PAULA SOUZA, T. **A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”**: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos). Universidade Estadual de Campinas, 2013. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Campinas, 2013.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I** – A vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

KANDALL, S. R. *Substance and Shadow: women and addiction in the United States*. Harvard University Press, 1999.

LEMGRUBER, Julita (coord.) *et al.* **Um tiro no pé**: Impactos da proibição das drogas no orçamento do sistema de justiça criminal do Rio de Janeiro e São Paulo. Relatório da primeira etapa do projeto “Drogas: Quanto custa proibir”. Rio de Janeiro: CESeC, 2021.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**: biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte. São Paulo: N-1 edições, 2018.

NASCIMENTO, ABDIAS. **O genocídio do negro brasileiro**: processos de um racismo mascarado. 3ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2016.

RAMOS, Vitor Igor Fernandes. “Além de negro, é drogado”: implicações sobre o proibicionismo e criminalização em corpos negros em Belém do Pará. In: **Ciências Criminais pelo Desencarceramento**. Santa Catarina: Editora Dom Modesto, 2023.

SOUZA, J. (org.) *et al.* **Crack e exclusão social**. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016.

Capítulo 6

“Como foi sua infância?”: o amparo à criança como indicador em saúde mental

Wanessa Alessandra Braga Chagas
Kátia Goretti Veloso Lins
Débora Luiza Marques

Introdução

Muito se discute sobre a questão de “trabalho infantil”⁶ e seus prejuízos: o esfacelamento social da criança frente ao abandono escolar, o não brincar, labores incoerentes e danosos a etapa do desenvolvimento com consequências físicas, sociais e psicológicas são algumas questões a serem citadas (Carvalho, 2008).

Segundo dados do Relatório “*Child Labour: Global estimates 2020, trends and the road forward*” do Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF (2021), o número de crianças em situação de “trabalho” aumentou entre 2016 a 2020 no mundo, o que não acontecia há 20 anos. Outro alerta é o número de crianças e adolescentes de 5 a 17 anos em trabalhos perigosos – definido como “trabalho que pode prejudicar sua saúde, segurança ou moral”, segundo o mesmo órgão – que chegou a 79 milhões, um aumento de 6,5 milhões de crianças entre 2016 a 2020.

Ainda segundo esse relatório, a prevalência de trabalho infantil nas áreas rurais (14%) é quase três vezes maior do que nas áreas urbanas (5%): o setor agrícola é responsável por 70% das crianças e dos adolescentes em situação de “trabalho infantil”, seguido por 20% no setor de serviços e 10% na indústria. O relatório ainda afirma que crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil correm risco de danos físicos, mentais e sociais como consequências: “o trabalho infantil compromete a educação, restringindo seus direitos e limitando

⁶ O termo “trabalho infantil” será colocado entre aspas, já que todo trabalho infantil é uma situação de violação de direitos e de exploração, o que destoa sobre o conceito de “trabalho” como dignificante e parte da vivência humana.

suas oportunidades futuras, e leva a círculos viciosos intergeracionais de pobreza e trabalho infantil” (UNICEF, 2021, p. 171).

No Brasil, dados da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD), contínua do IBGE de 2019, quase dois milhões de crianças e adolescentes trabalham continuamente entre 5 e 17 anos. A UNICEF São Paulo, a partir de entrevistas com famílias que receberam doações dessa instituição durante a pandemia, identificaram em 26% a intensificação do “trabalho infantil” nesse período.

Segundo o Ministério do Trabalho e Emprego, “trabalho infantil” é um trabalho realizado por crianças e adolescentes abaixo da idade mínima permitida pela legislação (a lei prevê que partir dos 14 anos de idade é permitido trabalhar na condição de aprendiz). O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o UNICEF e estudiosos (Azevedo e Pazó, 2019; Motejunas, 2019) concordam em relação a proteção social através do acesso e manutenção de direitos básicos como alimentação, lazer, habitação, núcleo familiar preservado, renda fixa entre outras arestas que sustentam o conceito de vida digna.

As ciências sociais e jurídicas delimitam o “trabalho infantil” como a entrada precoce da criança no mundo do trabalho, a qual alguns fenômenos sociais interagem e contribuem para a sua persistência (Carvalho, 2008; Azevedo e Pazó, 2019). A realidade preocupante da saída prematura e desqualificada da escola é a principal marca nesses estudos (Carvalho, 2008). Para Carvalho (2008), o trabalho infantil é uma das consequências perversas da pobreza e desigualdade social, que marcam nosso país.

Azevedo (1999) delineou um quadro social que induz crianças a labores adultos como: a procura de mão-de-obra barata e indiferenciada, por parte de empregadores; a existência de famílias muito pobres e com baixos níveis de escolarização, pretendem alcançar renda familiar mais contrabalançada com o trabalho dos filhos; o abandono escolar muito prematuro, fruto de uma incompatibilidade entre o contexto escolar e as crianças desses meios, que mutuamente se rejeitam; e por fim, as expectativas das próprias crianças e adolescentes de afirmação pessoal pela via do trabalho.

Tratando o tema “trabalho infantil” como pertencente ao conjunto das violências, Minayo (2006) refere-se a este último como um fenômeno de casualidade complexa – visível quando observamos o quadro social detalhado acima por Azevedo (1999) – com processos sócio-históricos que precisam ser compreendidos no contexto do Brasil. A pesquisadora social afirma que, apesar

de não ser um tema específico da saúde, suas consequências afetam direta e indiretamente os serviços de saúde.

Para Birman (1994), no Brasil existe uma explosão de fenômenos violentos em todas as modalidades (infanto-juvenil, mulheres, idosos, negros, indígenas etc.), indicando “uma ruptura fundamental nas ordens simbólica e social” (p.183). Para esse psicanalista, a ordem simbólica é de onde o sujeito se funda, se organiza psiquicamente e constitui sua subjetividade, considerando o outro e a si mesmo. A mediação pela linguagem, o Estado, representações socialmente aceitas ou identificações possíveis pela cultura são “pólos de regulação simbólica no sistema social” (Birman, p.183, 1994) com a finalidade de serem contrapontos das violências e seus produtos (como o “trabalho infantil”) e estabelecer a possibilidade de alteridade para além do funcionamento perverso do poder violento, aniquilante do outro.

O que causa espanto é que ainda encontramos entre trabalhadores do SUS opiniões divididas sobre o tema, em diferentes categorias profissionais. Mesmo com o arcabouço teórico e prático existente que ressalta a importância do amparo à criança, há opiniões que não observam que o “trabalho infantil” é um tipo de violência e que causa danos devastadores à criança com consequências profundas quando adultos com essa experiência. “A própria sociedade promove uma estranha e enigmática tolerância ao trabalho infantil” (Andrade, 2017, p.7).

Durante sete anos no serviço Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), de um município do interior de Pernambuco foi testemunhado falas de colegas da equipe como: “até onde o trabalho infantil faz mal?”. Duas trabalhadoras, atônitas com esse alheamento, realizaram um estudo a partir de escutas individuais e em grupo, aos diferentes usuários do serviço. Neste artigo, serão enfatizados os momentos de atendimento individuais. Durante a escuta singular, realizou-se uma pergunta-disparadora “como foi sua infância?”, com posterior discussão da experiência dessa escuta.

A tecnologia leve (Merhy, 2007) do CAPS é o vínculo e o carro-chefe do tratamento. A partir da aproximação que o trabalhador desse serviço estabelece com o usuário, esse último pode manifestar algum sinal de que indique ao trabalhador a possibilidade de relação, com seus atravessamentos afetivos. Essa experiência só foi possível a partir do vínculo construído entre as trabalhadoras e os usuários. Ao responderem a pergunta-disparadora, os usuários compartilharam seus relatos e seus afetos. Dessa forma, as trabalhadoras promoveram com os usuários, pela sua postura de escuta inclinada (*klinos* – clínica), um laço social (Quinet, 2005; Rinaldi, 2005) onde diálogo é tanto a

via de acesso ao vínculo quanto para sua sustentação, oportunidade de construção e desconstrução de si. E em todo laço social há a presença da política por envolver o outro e seus atravessamentos pela linguagem (Rinaldi, 2005).

A infância é vista pelas ciências jurídicas e sociais como uma fase do desenvolvimento, com idade variável entre 0 a 10 ou 12 anos de idade incompletos (ECA, 1990; Andrade, 2022; Motejunas, 2019). Na escuta dos usuários nesse relato de experiência, o que se pretendeu alcançar era como cada um, quando atendido, resgatava esse período. Mas, sabemos que a infância é muito além que uma definição de um período pelas ciências.

Como um fenômeno cultural, a infância encontra-se inscrita na intersecção entre os discursos médico e jurídico que buscam delimitar a entrada e a saída do sujeito nesse tempo. Contudo, a Psicanálise percebe que “as tentativas de circunscrição desse fenômeno falham, por esbarrarem na dimensão singular que caracteriza a subjetividade humana” (Pacheco, 1999, p. 26).

Em outras palavras, as ciências tentam capturar a grandeza que é o assunto infância, com tentativas que limitam o assunto. Nada mais convidativo que escutar os sujeitos sobre sua própria infância considerando uma técnica que permite lançar-se em seu tempo, em sua ética e em sua dor (Dolto, 2014; Quinet, 2005).

Para Dolto, a criança é um ser inscrito num mundo de ancestralidades: ela carrega, em sua história, a marca dos pais, e as marcas destes anterior a eles. A criança é “ser de linguagem e de linhagem” (Dolto, 2001, p.78), com sua potência de viver sendo manifestada tanto em sua fala, em seu corpo e na família. A fonte do desejo da criança vem desde a concepção: para Dolto, o bebê decide se nascerá dessa mãe ou não, por exemplo. Essa psicanalista usa o termo “encarnação” para ilustrar que, ao nascer, já existe um desejo originário de se assumir. Em outras palavras, a criança ao pertencer ao mundo simbólico e de linguagem, ela manifesta “um desejo de ser” (Dolto, 2014, p.25). Somente assim a criança pode ser lançada nas relações com o outro e seguir na sua relação com o mundo enquanto sujeito e não assujeitado.

Dolto situa o desenvolvimento do ser criança no que ela chama de imagem do corpo a partir de três aspectos. Primeiro, há o aspecto estrutural originário constituído por imagens dinâmicas - que se refere às imagens narcísicas, outra imagem funcional que carrega pulsões de vida e à imagem erógena que se refere às relações com o outro, prazerosas ou não (Dolto, 2001). Ou seja, a imagem que a criança tem de si mediada pelo seu corpo já carrega, além de seu desejo, a marca de seus responsáveis, constituindo a ascensão do desejo e o direito de

desejar da criança; ambas dependerão de concessões dos adultos em convívio durante a infância.

O segundo é o aspecto genético, que são as reformulações da imagem do corpo, o reconhecimento da imagem. Por fim, e novamente, o aspecto relacional que se ordena sobre o que a criança sente e diz sobre si em relação ao outro, um momento mais complexo dessa constituição do sujeito, a qual a criança se vê no que o outro enuncia sobre ela. “A fala do outro é o substrato da imagem e organiza o cruzamento entre imagem do corpo e esquema corporal” (Dolto, 2001, p. 25).

A partir dos relatos acolhidos e colhidos no CAPS o que se ressalta aqui são as marcas subjetivas das experiências singulares, mesmo que se chegue a alguns traços em comum: a compreensão ou a pesquisa pela psicanálise não tem como prática a uniformização dos sujeitos e tenta compreender os processos humanos a partir das singularidades (Pacheco, 1999).

Ainda, vale ressaltar que, além das trabalhadoras sentirem-se instigadas a observar experiências que contrapusessem as observações de colegas simpáticos ao “trabalho infantil”, observamos também que o acolhimento no serviço CAPS esbarra na infância, assim como Freud encontrou-se com essa temática em sua clínica, considerada fundamental para compreender as fases vividas e seus efeitos, pois essas deixam vestígios na saúde mental dos sujeitos (Zavaroni *et al.*, 2007). O acolhimento através da relação entre trabalhador e usuário do serviço (que constrói o vínculo) pode promover intervenções terapêuticas possíveis para que esse material recordado ganhe sustentação a uma outra via.

Método

Os serviços CAPS têm estabelecido pelo Ministério da Saúde quais procedimentos são de responsabilidade do equipamento. No serviço onde a experiência é narrada, o CAPS é tipo I, de gestão municipal e conforme portaria GM/MS nº 336/2002 o serviço é responsável por realizar algumas ações em saúde mental, entre eles o atendimento individual que será foco dessa narrativa.

O atendimento individual não é uma psicoterapia, apesar de seus efeitos terapêuticos. É chamado de “individual” por acontecer entre o usuário e o trabalhador do serviço, geralmente em uma sala – o que não impede de acontecer em outros espaços do serviço ou fora dele (em uma visita, por exemplo).

Pode ser realizado por qualquer pessoa da equipe, por solicitação do usuário ou do trabalhador após um grupo ou por combinados. Sua configuração é variada conforme a criatividade e disponibilidade dos pares: pode ser uma conversa, uma produção de um objeto, discutir o projeto terapêutico singular (PTS) etc.

Foram selecionados os atendimentos individuais realizados por duas trabalhadoras do CAPS em um interior de Pernambuco durante o ano de 2019. Ambas atenderam de forma separada, sem coincidência dos mesmos usuários. Foram 30 usuários, com idades entre 25 e 35 anos, aos quais seguiram os seguintes critérios: 1) não estava em crise durante o atendimento; 2) eram pessoas que participavam dos grupos; 3) o momento era apenas entre uma das trabalhadoras e a pessoa atendida, sem a presença de familiar.

Após o usuário participar do grupo, uma das trabalhadoras convidava para a escuta individual, inclusive para preenchimento de um instrumental com perguntas sobre o usuário: no momento sobre a história de vida, era perguntado “como foi sua infância?”. Esta não foi a primeira pergunta em nenhum dos atendimentos.

Após a enunciação da pergunta-disparadora, a prioridade era o usuário associar livremente. A técnica da associação livre em Freud (1969) consiste em solicitar àquele em atendimento que fale tudo o que lhe vier à mente, juntamente com a escuta pela atenção flutuante das trabalhadoras (escutar o paciente sem influências conscientes), possibilitando o alcance do material aqui discutido (Freud, 1969; Quinet, 2005). Evitou-se ao máximo interrupções por parte das trabalhadoras nas respostas ofertadas após a pergunta.

A escuta analítica, desde Freud (1969), tem possibilitado àquele que sofre “encontrar-se naquilo que diz” (Dolto, 2010, p.31). Através do que é dito, inicialmente pelas queixas, outra posição subjetiva pode ascender enquanto sujeito responsável pelo seu destino (Miller, 1999), fazendo “o próprio sujeito que fala se ouça” (Dolto, 2010, p.147). Como ressaltou Gonzales (1984), ao se referir de forma psicanalítica quando engendra percurso histórico e compreensão intersetoriais em seus estudos sobre racismo e sexismo (outra problemática de evidências violentas no Brasil), “a memória, a gente considera como o não-saber que conhece, esse lugar de inscrições que restituem uma história que não foi escrita, o lugar de emergência da verdade” (Gonzales p. 236, 1984). Fora do jogo alienante do discurso consciente é necessário dar voz àquilo que a memória evoca.

Essa forma de resgate de um passado infantil corrobora com a prática psicanalítica, já que a infância é uma marca indelével nessa teoria, a qual cenas e lembranças da infância estão presentes nos escritos freudianos desde o início (Freud, 1969; Dolto, 2001, 2014; Zavaroni *et al.*, 2007). A escuta desses primeiros anos de vida é a escuta das marcas resgatadas nos relatos, “não exatamente um fato fielmente reproduzido, mas o modo como este fato ficou grafado em seu psiquismo determinando tanto sua própria constituição [como sujeito], como, também, seu modo de lembrar o passado” (Zavaroni *et al.*, 2007, p. 65). Na medida em que Freud lançava a associação livre enquanto técnica de acesso dessas lembranças, percebia-se a centralidade do assunto infância nessas narrativas (Freud, 1969).

Ressalta-se aqui a importância do tema da infância dentro do percurso teórico da psicanálise, mas não é pretendido, neste relato de experiência, a chegar a uma “infância esquecida”, ou compreender fantasias que circundam a infância ou, ainda, investigar o infantil na infância dos usuários (descobrir as marcas atemporais, recalçadas do sujeito). O infantil adjetivado, nesse artigo, refere-se a cronologia do sujeito em sua lógica (Dolto, 2014) – um tempo do sujeito real narrado por ele mesmo no seu tempo.

Cabe ainda ressaltar que, a compreensão através da Psicanálise que é adotada aqui considera o que Lacan chamou de psicanálise em extensão, no sentido de fazer uma leitura de uma experiência a partir da teoria psicanalítica (Rinaldi, 2005), e não realizar análises com os usuários.

Os estudos brasileiros em Saúde Mental carregam a marca da função social, já que a prática antimanicomial não deixa escapar as realidades, iniquidades e violações de direitos que produzem sofrimentos; mas isso não impede um diálogo entre uma compreensão singular que também pode corroborar com estudos de abrangência social, quando estudamos seus impactos psicológicos (Rinaldi, 2005). Como Rinaldi acentuou: “o sujeito (...) surge na fala do paciente e seus efeitos podem ser objeto de trabalho da equipe” (p.93), mas, somente pela perspectiva social, a fala pode ter um sentido de excesso quando apenas prevalecem os direitos como necessidades. Com a contribuição da escuta singular e a psicanálise a “função subjetiva e ordem social ganham continuidade ou harmonia” (Rinaldi, 2005, p.99). Aproximar diferentes campos ou a interdisciplinaridade é um destino em psicanálise (Garcia-Roza, 1994).

Dessa forma, o atendimento individual pode ser um encontro, não apenas entre o usuário e o trabalhador em um espaço individual, mas também de escuta

no tempo ético do sujeito em enunciar seu sofrimento e a disponibilidade do trabalhador a essa escuta, possibilitando outros percursos a partir das narrativas de si (Quinet, 2005; Rinaldi, 2005).

Resultados e discussão

Durante os atendimentos individuais com os usuários, após as trabalhadoras perguntarem “como foi a sua infância?”, a resposta quase imediata dos usuários era: “trabalhei muito”. Em todos os atendimentos, a resposta dada envolvia o “trabalho infantil”.

Pensar sobre esse “trabalhei muito” delineia-se sobre um tempo em que se tinha uma infância e não se foi criança: as brincadeiras, os estudos, o estar com outras crianças, descobertas sobre o que se consegue fazer, os limites do corpo (Dolto, 2001, 2014). Não foi vivido o tempo psicológico em sua concretude desse período. A ação no mundo da criança que correspondesse ao seu tempo (Dolto, 2001) foi interrompida por acontecimentos marcantes à família, como observado nesses relatos.

A média de idade do início do “trabalho infantil” narrados durante os atendimentos era entre 7-8 anos; a idade mais tenra narrada durante o atendimento foi 5 anos e a mais velha foi 10 anos de idade. Em quase todos as narrativas dos usuários, o “trabalho infantil” perdurou até a adolescência.

Os contextos que fizeram emergir o trabalho durante a infância são inúmeros, como Azevedo (1999) ressaltou: falecimento de um dos provedores da renda da família e a substituição pela criança, falecimento da mãe e a herança dos trabalhos domésticos (limpar casa, cozinhar, cuidar dos irmãos mais novos), algum familiar ou vizinho não poder ficar só e adquirir funções domésticas nessas estadias, sistema econômico da região pagava mais à maior colheita (e assim, além dos pais, os filhos somavam mais proventos como a colheita de pimenta, por exemplo), cuidados com a vacaria ou plantação (gado, bode, galinha, plantação de feijão, mandioca entre outros). Como observado pelo relatório UNICEF apresentado anteriormente, a zona rural concentrou o “trabalho infantil” nos relatos dos usuários.

Houve violência sexual infantil narrados por dois usuários durante o tempo de trabalho. A violência mais comum narrada pelos usuários foi a física e a psicológica: “eu pedia para ir à escola, meu pai dizia que eu não iria aprender, que isso não me daria nada”, “eu não conseguia acordar cedo para trabalhar e meu pai me batia muito”; essas violências são acompanhadas pela questão da

exploração (discorrida mais adiante). O que marca um eixo comum nessas narrativas são as justificativas de sobrevivência. Mas a singularidade de cada história não é ofuscada por esse traço comum.

A importância de destacar o contexto que fez surgir o trabalho durante a infância não tem a finalidade de justificar a decisão familiar, mas compreender que as situações de vulnerabilidade socioeconômica dessas famílias eram impositivas para a sobrevivência. “Éramos muito pobres”; “se eu não trabalhasse, passaríamos fome”; “eu precisava trabalhar para meus irmãos ter o que comer”. Surgiu durante a infância uma alta carga de responsabilidade, incompatível com seu período de desenvolvimento. Segundo Dolto (2014), o aspecto relacional, como um dos signos que organiza a criança entre ela mesma (seu corpo) e o mundo, atravessado por diversas faltas, ameaça a organização psíquica da criança para um futuro adulto, no sentido de inscrever os fracassos do outro (pais, social, órgãos de proteção etc.) como seus próprios. A conciliação entre suas necessidades e impulsos originais – seu desejo, sua potência de vida na infância – com uma realidade marcadamente falha que se impõe sobre a criança, lança a infância no vazio que não sustenta sua potência.

Dolto (2012) ressalta que a criança que “já se ordena no mundo” (p.60), por volta dos 7 anos de idade, e se posiciona frente aos problemas da família, até se vê nesse lugar de solucioná-los. Dolto considera que é importante conversar com a criança sobre esse lugar de pequeno adulto: o seu lugar é de ser criança, ser protegida, já que há adultos que executarão esse papel de solucionar as situações. Lembramos que, para essa psicanalista, a criança se constitui pelo seu lugar de fala e pelas marcas que os pais inscrevem em sua história, a qual, essas inscrições maternas e paternas também são através da linguagem.

Porém, lidando com as privações – a falta, ausência, vazio de um dos membros familiares ou de acesso de algo material básico – a criança não vive essa falta que enunciaria sua posição de ser resguardada para poder ser criança (Dolto, 2014).

Não fica claro nas narrativas desses usuários como foi vivida a questão do luto da mãe ou do pai durante a infância. Não é algo que aparece pela associação livre dos usuários durante o atendimento individual. Esse aspecto subjetivo do luto pode ter sido suplantado pela miséria e sobrevivência. Em outras palavras: sentir a dor da perda parecia ser um luxo, já que precisavam se manter vivos.

Faz-se importante destacar sobre o que é chamado aqui de “privação” que ronda todo o discurso dos usuários atendidos e acarreta a situação de “trabalho

infantil”. Em um primeiro momento dessa escuta, não estamos falando de adultos, que durante a infância, tiveram que lidar com algum aspecto do imaginário não alcançado como é o campo das frustrações (Dolto, 2012). Trata-se aqui da ausência do que é mínimo para viver: comida, água, transporte escolar, uma mãe ou um pai, roupas, sapatos. A privação aqui retratada é materializada na ausência de alguma coisa básica, a falta material vivida e que ameaçava a existência da família com marcas subjetivas intensas, além da ausência de aparatos estatais que pudessem dirimir tais realidades.

Não foi observado tendências antissociais (criminalidade) em nenhum dos usuários atendidos durante suas narrativas, mesmo quando perguntados. Não se tornaram adolescentes que romperam com o pacto social (Pellegrino, 1983). Pelo contrário: o sustentaram com seu próprio corpo (biológico, social e psíquico). Pagaram por esse “trabalho” com seu próprio corpo. Também é possível observar com esta discussão que, a primeira infância pode ter sido fonte de investimento afetivo (de alguma forma): em algo receberam o que era necessário para se manterem fiéis ao que a sociedade exige, já que perturbações no aspecto estrutural da formação da criança enquanto sujeito (relacionada com o outro) acarretam a possibilidade de rompimentos com o social (Dolto, 2001, 2014).

A ancestralidade, como apresentado anteriormente nesse artigo, é outro elemento considerado na obra de Dolto (2001) e que foi observado nessas escutas: em quase todos os relatos foi evidente que os pais desses adultos também trabalharam em suas infâncias, também abarcados pelas diversas faltas do que era básico. Assim como seus pais, os filhos seguiam o mesmo ciclo de pobreza. Para Dolto (2001), a constituição da criança enquanto sujeito se sustenta em como esses pais também se constituíram em sua cultura, em seu trajeto, enquanto filhos. “Muitas crianças repetem o que foram seus pais, e esta não é uma questão moral, ou de bem ou mal, mas de sofrimento de gerações” (Dolto, 2014, p. 98).

O fator “exploração” também é observado nesses relatos de forma direta: “se eu não lavasse os pratos direito, eu apanhava”, “levei muito grito, carreguei muito balde de água na cabeça. se eu demorasse, sabia que iria levar ‘chibata’ daquela mulher”, “eu passava o dia cuidando dos meus irmãos, lavando roupa, cozinhando”, “eu ficava no sol toda tarde, com fome, mas tinha que olhar o gado”.

Nenhum usuário enunciou diretamente o significante “exploração”, mas é possível citá-lo de acordo com as narrativas. A emoção manifestada em recordar

esse tempo antigo mostra que as produções de sofrimento são atuais: em três atendimentos, os usuários manifestaram emoções vivas como chorar intensamente, tremores nas mãos, sudorese/calor, respiração ofegante. Seria uma manifestação de luto pela criança não vivida?

Debruçando-se brevemente sobre o significante “exploração” podemos defini-la como uma relação assimétrica das interações humanas, produto das violências. Citando novamente Birman (1994) um quadro social de catástrofe como explanado aqui “somente se torna possível quando não se reconhece mais certos pressupostos da ordem simbólica como o *direito à vida* e a *interdição da morte*” (p.183). A preocupação de Birman é clara sobre o não reconhecimento recíproco: onde não se reconhece o outro mutuamente, onde a alteridade com suas diferenças legítimas e éticas são aniquiladas, prevalece a “guerra pela subsistência” (p.184), como observamos nos relatos dos usuários. O não reconhecimento do ser criança na infância, com todas as suas consequências subjetivas e concretas, traçaram um caminho mortífero para esses sujeitos sobreviventes de uma infância aniquilada em sua diversidade e potência ética. Em outras palavras, a relação de dominação, observada nas experiências narradas pelos usuários, mostra que a imposição perversa do outro coloca a “morte em estado bruto” (p.183).

Como não foram crianças que puderam ter a experiência de desenvolver seu brincar, sua capacidade criativa, ou seja, não ascenderam de seu desejo pela interdição do outro (Dolto, 2001), observamos infâncias marcadas pela obediência suprema a ordens, submissão a imposição de terceiros, vivendo a opressão da privação e a inexistência do aparato estatal que poderia regulamentar sua proteção. Como Birman (1994) afirma, “na medida que as instâncias sociais responsáveis pela gestão da ordem política, a começar pelo Estado” (p.184) se ausentam de seu papel de regulação das violências, a experiência na infância com o outro é permeada pela presença do aniquilamento (subjetivo e existencial). A narrativa desses usuários deixa claro que cederam de seu desejo de ser criança (Dolto, 2001). Mas o desejo não morre (Freud, 1969; Dolto, 2001).

É possível realizar a suposição sobre a exploração infantil e os prejuízos na saúde mental desses adultos quando ofertamos a devida atenção a estas experiências, um “trabalho” que não correspondia ao tempo da criança, como já demonstrou as ciências sociais, do desenvolvimento e a psicanálise. Como citado acima, Minayo (2006) assevera sobre os impactos das violências nos

quadros de morbidade nos serviços de saúde e podemos observar essa relação neste relato de experiência.

A partir dessas teorias, observamos que essa experiência registra efeitos psíquicos devastadores, com a persistência da situação de exploração no casamento e/ou no trabalho quando adulto, por exemplo: o adulto apenas se reconhece na situação assimétrica. São usuários que dificilmente assumiam posturas de voz e vez nos grupos do CAPS, por exemplo, colocando seu desejo como algo secundário, e o dever em primeiro lugar. Desvalorizam suas produções e opiniões, menosprezam seu corpo, assumem discursos de autopiedade. Estes são um dos elementos psíquicos que decantavam, após um primeiro momento no serviço (após o período de crise que motivou a busca pelo CAPS). Inclusive, a busca pelo CAPS margeava esse sofrimento da época da infância, em conjunto com outros fatores presentes que atualizavam esse período passado (como mencionado acima). A acolhida no serviço era um vislumbre de superação para alguns: o lugar que esses usuários ocupavam no CAPS era um lugar de um protagonismo possível.

Dessa forma, as narrativas dos usuários também assinalam a privação de ser criança: “eu queria ir para escola, mas não podia”, é uma das falas que mais se repetiu. A ausência de transporte, ou a interdição dos pais, já que estes “também não estudaram, não viam ‘precisão’ em estudar”, conta uma usuária que cuidou de 7 irmãos a partir dos 9 anos de idade. “Eu queria brincar, via umas crianças brincando em árvore, pulando corda, mas eu tinha que trabalhar”.

Aqui, fica clara a privação e o circuito subjetivo que ela imprime: o imperativo “ter que trabalhar” com prejuízos em como a criança se via criança (em seu aspecto estrutural na imagem narcísica, funcional e erógena) e como desejava ser criança (Dolto, 2001). Esses adultos conseguiam perceber, durante os atendimentos, o que era ser criança e sabiam que eram apagadas nesse desejo. Essa configuração tirânica (marca desse imperativo) e imagética (a imagem que tinham de si mesmos durante a infância como uma não-criança) eclipsou a potência desejante (Dolto, 2001; Birman, 1994). Não houve escolhas.

A demanda da criança não é dar o que ela quer: é uma demanda de amor, que também perpassa o “não” (Dolto, 2014). Porém, o “não” que ameaça a existência (Birman, 1994) é diferente do “não” que organiza seu desejo, dissolve as ilusões de onipotência (Freud, 1969). Toda demanda é uma demanda de amor como confirmação de possibilidade para crescimento, que no caso desses adultos durante a infância, foi o que ficou aquém.

Para encerrar a discussão sobre essa experiência, não foi narrado pelos usuários se havia alguma instância pública que exerceu algum tipo de intervenção de proteção nestas situações (nem quando os relatos envolviam violência sexual). Mesmo quando perguntados sobre a existência ou lembrança de órgãos públicos como Conselho Tutelar, Centro de Referência em Assistência Social, ou associações coletivas (como Igreja, sindicatos) que pudessem exercer alguma alusão à proteção às famílias, houve negativa em todos os relatos sobre essa atuação. Um dos relatos fez menção a uma figura política que chegou a realizar visitas ao local de moradia, mas não sabia dizer o que mudou após esses encontros. Também, não houve relatos, mesmo quando questionados, sobre a escola tentar se fazer presente como realizar busca ativa ou acionar órgãos públicos para recuperar a criança.

Considerações finais

Um dos primeiros pontos a ser considerado ao final desse artigo é que não é possível se falar em “trabalho infantil”: todo trabalho infantil é exploração infantil. E toda condição de exploração traz prejuízos ao corpo, às potências sociais e principalmente psicológicas aos sujeitos explorados. A exploração infantil pode ser vista como um sintoma de uma sociedade que falha na proteção às suas crianças (Carvalho, 2008) e, principalmente, em constituir o laço social entre o terceiro regulador dessas assimetrias (o Estado, instâncias políticas, sociais, de educação e saúde) e essas famílias. Crianças exploradas são, conseqüentemente, adultos em sofrimento crônico.

A infância com marcas de exploração infantil traz conseqüências visíveis nas formas de se relacionar, considerando as buscas pelo serviço CAPS e a partir das escutas dos usuários. Adultos esgotados, que sofrem de lembranças e das privações que poderiam ser dirimidas com o braço longo da atuação territorial do Estado.

Porém, fica uma via possível de reconstrução dentro do CAPS. O espaço de atendimento individual é uma das alternativas de resgate simbólico pela linguagem da proteção perdida na infância: agora é se proteger enquanto um adulto, não apenas de relações que atualizam o sofrimento, mas também de resgate do seu desejo, de se responsabilizar por si e seus processos, com o vigor do fortalecimento pelos vínculos dentro e fora do serviço. Os trabalhos temáticos territoriais de exercício de cidadania, ou ainda o exercício de

autonomia dos sujeitos na construção do seu PTS são um dos caminhos possíveis que o CAPS tem para oferecer.

Também observamos que as histórias compartilhadas com as trabalhadoras correspondiam aos dados do Relatório UNICEF de 2021 e outros estudiosos citados: a concentração dessa violência na zona rural, a evasão escolar, os prejuízos e a repetição dos ciclos de pobreza são os principais pontos de convergência entre o material teórico supracitado e relatos dos usuários.

Um ponto que chamou atenção das autoras: pensou-se o ser criança como uma situação de materialidade da infância e até atribuiu-se o ser criança como sinônimo dessa fase. Como observado neste relato de experiência, nem sempre é possível ser criança na infância: todos os usuários escutados tiveram uma infância, mas não puderam manifestar o desejo de ser criança (o brincar interrompido, o direito à escola violado, preocupações de sobrevivência, violências múltiplas etc). Logo, a partir dos relatos dos usuários, foi possível compreender que nos deparamos com a imagem da criança entrecortada pelo imperativo da sobrevivência, conceituando através de Dolto (2001, 2014).

Essa constatação nos leva a fazer uma análise crítica sobre a própria pergunta-disparadora: o que se capturou nesse processo foi “como foi o ser criança” na pergunta “como foi sua infância”, não embarçando as análises, mas fazendo as trabalhadoras repensarem posturas antes assumidas sobre o assunto.

Assim, há diferenciação entre infância e o ser criança que impacta, inclusive, sobre o título desse relato: no primeiro termo, enquanto uma fase do desenvolvimento permeado de experiências diversas e que todos os adultos possuem, mas que não se liga automaticamente ao ser criança. O ser criança, como estudado por Dolto (2001, 2014) e observado nesse artigo, é uma construção multifacetada que solicita de cada relação humana (materna, paterna, com os órgãos de educação, saúde, assistência social e jurídico) desempenhe o seu papel de amparo da criança na infância. O ser criança perpassa pelas instâncias do Estado para destinar, isso que se manifesta como violência, algum outro destino possível (Birman, 1994). Proteger a criança é proteger a infância e, coerentemente, proteção à Saúde Mental de adultos. Assim, como estudado por Minayo (2006), as consequências das violências no âmbito da saúde sobrecarregam essas estruturas de cuidado em saúde pública.

Fica a questão se o abandono escolar da criança, decorrente da exploração infantil, é mútuo: a escola também abandona a criança? Até onde a instituição escolar pode ser um agente que incide nessa realidade com a parceria das redes intersetoriais? Escolas com equipe especializadas e multidisciplinares da e na

Educação poderiam realizar resgates, endereçamentos a mecanismos de proteção da Assistência Social, sensibilização da comunidade e outras estratégias?

Uma última consideração se faz sobre a proposta deste artigo: a questão não girou em torno da pergunta-disparadora para defesa de uma teoria. Pretendemos demonstrar, por essa pergunta, o quanto na vivência de trabalhadores de Saúde Mental com os usuários de um serviço do CAPS nos leva a reposicionar a importância da clínica, da escuta como estratégia de compreender as produções de sofrimento para que o trabalhador também possa se posicionar (Rinaldi, 2005). O caminho da escuta singular também é uma forma de trabalhar com a principal tecnologia do CAPS: o vínculo (Merhy, 2007). Algo se inicia nessa escuta.

A pergunta-disparadora que inicia o título deste artigo torna-se uma entrada pela via da compreensão a partir da biografia do sujeito que sofre e, dessa forma, realiza constatações que trazem reflexões sobre a importância de proteger a criança na infância e, assim, conhecer uma das formas de falar em Saúde Mental dos adultos. E, dessa forma, o sujeito que sofre também se escuta: realocar o sofrimento pela via da linguagem e se reposicionar frente a sua própria história e, finalmente, tornar-se sujeito dela.

Finalizamos com uma questão que Birman (1994) lança, convocando o sujeito que há em nós a refletir sobre nosso pacto social (Pelegrino, 1983 p. 181): “Vale dizer, reconhecer a existência no espaço social de um campo concreto da violência que não seja regulado pelos mecanismos simbólicos da cultura, onde aquele campo adquira autonomia, não implicaria afirmar que os valores básicos da ordem simbólica se encontram numa crise de fundamentos?”.

Referências

AZEVEDO, Rosaly; PAZÓ, Cristina. Como se fosse da família: interconexão entre trabalho infantil doméstico, racismo e gênero. **Brasil sem trabalho infantil**. São Paulo: LTr, p. 195 a 200, 2019.

ANDRADE, Sofia. **Estudo de investigação sobre o trabalho infantil**. Revista Psicologia. 2017. Disponível em: www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html Último acesso: 19 de maio de 2022.

AZEVEDO, Joaquim. **Inserção precoce de jovens no mercado de trabalho**. Edição PETTI-Plano para Eliminação da Exploração do Trabalho Infantil, 1999. Disponível em:

<https://ciencia.ucp.pt/en/publications/inser%C3%A7%C3%A3o-precoce-de-jovens-no-mercado-de-trabalho> Último acesso: 21 de fevereiro de 2022.

BIRMAN, Joel. A morte entre a ética e a violência. *In* **Psicanálise, ciência e cultura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 175-184, 1994.

CARVALHO, Inaiá. Trabalho infantil no Brasil contemporâneo. **Caderno CRH**, vol. 21, número 54, p.551-569, Set/Dez 2008.

DOLTO, Françoise. **Quando os filhos precisam dos pais**. São Paulo: Martins Fontes, 2014

DOLTO, Françoise. **A imagem inconsciente do corpo**. São Paulo: Perspectiva, 2001.

ECA-Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/publicacoes/eca-2023.pdf> Último acesso: 21 de fevereiro de 2022.

FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira**. Volume XII (1911-1913). Rio de Janeiro: Imago, 1969.

GARCIA-ROZA, Luiz. Pesquisa de tipo teórico. *In* **Psicanálise e Universidade**. P. 9-32, 1994.

GONZALES, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. *In* **Revista Ciências Sociais Hoje**, Anpocs, p. 223-244, 1984.

MERHY, Emerson. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007

MILLER, Jacques. Saúde mental e ordem pública. *In* **Revista Curinga**, Belo Horizonte, v.13, p.20. Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas, 1999.

MINAYO, Maria Cecília. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MOTEJUNAS, Bruno. Trabalho infantil no Brasil: realidade, proteção jurídica e desafios. In **Brasil sem trabalho infantil**. São Paulo: LTr, p. 158 a 174, 2019.

OLI - International Labour Office and UNICEF - United Nations Children's Fund. **Child Labour: Global estimates 2020, trends and the road forward**. New York, 2021.

PELEGRINO, Hélio. **Pacto edípico e o pacto social**. Folha de São Paulo; 1983.

PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - Mercado de Trabalho Brasileiro. 1º trimestre de 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/17270-pnad-continua.html> Último acesso: 20 de maio de 2023.

QUINET, Antônio. **As 4+1 condições de análise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

RINALDI, Doris. Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. In **Psicanálise, Clínica e Instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, p.87-106, 2005.

TENÓRIO, Fernando. Psicanálise e reforma psiquiátrica - um trabalho necessário. In: FIGUEIREDO, Ana Cristina. (Org.). **Psicanálise - pesquisa e clínica**. Rio de Janeiro: IPUB - CUCA, 2001.

ZAVARONI, Dione, VIANA, Terezinha, CELES, Luiz. **A constituição do infantil na obra de Freud**. Estudos de Psicologia vol. 12(1), p. 65-70, 2007.

Capítulo 7

Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência: a psicologia dentro da intersetorialidade e da multidisciplinaridade

Monique Scapinello
Cláudia Regina Radaelli
Daiana Maria Batista

Introdução

A compreensão da infância e da adolescência mudou ao longo do tempo, refletindo as transformações sociais, culturais e filosóficas de cada época. É possível encontrarmos registros históricos que demonstram estas mudanças, passando do entendimento da criança como uma figura marginal, estando associada a aspectos negativos, à chegada aos holofotes de debates internacionais sobre seus direitos e sua dignidade (Osinski e Cunha, 2021).

Alinhado a estas questões, encontra-se o uso da violência associado ao processo educativo perpetuado pelas famílias, pelas instituições e pela sociedade (Ariés, 1981; Minayo, 2002), o qual também ganha espaço para discussões e problematizações ao longo dos séculos. Minayo (2006) aponta que a violência contra crianças e adolescentes se caracteriza por ato que venha a causar danos físicos, sexuais e/ou psicológicos cometidos por pais, parentes ou instituições, além de negligência perpetuada por quaisquer uma destas partes.

Dados recentes do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) apontam que, mesmo o Brasil tendo apresentado avanços significativos na garantia dos direitos de crianças e adolescentes, milhões de meninos e meninas correm o risco de serem vítimas de formas extremas de violência. Dados alarmantes da instituição mostram que de 2017 a 2020, 180 mil crianças sofreram violência sexual, corroborando com relatório publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2020a), indicando que aproximadamente um bilhão de crianças a cada ano é afetada por violência física, sexual ou psicológica. Adicionado a este contexto, a pandemia de COVID-19

esteve associada a um risco crescente de violência doméstica, especialmente violência contra crianças e adolescentes (OPAS, 2020b; Oliveira *et al.*, 2022).

Estudos demonstram a necessidade de o trabalho com vítimas de violência ser multidisciplinar. Cocco, Silva e Jahn (2002), apontam ser necessária uma abordagem que abarque diferentes olhares diante da complexidade do fenômeno e das consequências psicológicas, emocionais e físicas da violência sobre a criança ou adolescente, bem como as reverberações observadas na família e na sociedade, se faz necessária. Ademais, Ruzzani e Meirelles (2009) fazem alusão à potência dos espaços de reunião de equipe multidisciplinar, pois visam à discussão entre os diversos saberes e ao encaminhamento mais adequado para cada situação, tendo em vista a singularidade e a complexidade de cada caso acolhido e atendido. Diante deste contexto, gostaríamos de promover o diálogo entre a interface da infância e da violência, balizados pela experiência de duas psicólogas e de uma assistente social no trabalho de atenção a crianças e a adolescentes vítimas de violência em um ambulatório da serra gaúcha.

Breve histórico da infância e da adolescência e a interface com as políticas públicas de saúde mental

As interfaces entre os conceitos de infância e de adolescência e do uso da violência direcionado a este público foram ganhando diferentes contornos ao longo dos séculos. Ariés (1981) situa historicamente a área de interação entre a infância e a violência. Durante a Idade Média, a infância não tinha um valor intrínseco, e as crianças eram vistas como futuros membros da sociedade adulta. Neste período, as crianças eram consideradas propriedade dos pais ou das famílias e estavam sujeitas a punições físicas, como espancamentos e castigos corporais, além de serem forçadas a trabalhar em condições perigosas e abusivas, sem acesso à educação ou aos cuidados adequados. Tais práticas eram naturalizadas socialmente, não havendo intervenções voltadas à proteção integral desse público.

Durante a Revolução Industrial e com o crescimento das cidades, crianças e adolescentes foram explorados em fábricas e minas, sujeitos a jornadas de trabalho extenuantes e a condições insalubres. A violência física e emocional era uma realidade cotidiana, com supervisores e empregadores exercendo poder e controle excessivos sobre os jovens trabalhadores. A industrialização da sociedade trouxe, porém, mudanças sociais que foram, gradativamente, impulsionando avanços e modificações na forma como se compreendiam as

etapas do desenvolvimento humano. A partir desse período, as crianças começaram a ser vistas como vulneráveis e com necessidade de proteção. A escolarização obrigatória e a criação de leis trabalhistas infantis foram algumas das medidas adotadas para garantir melhores condições para as crianças.

Mudanças mais robustas puderam ser evidenciadas nos séculos XX e XXI, com o surgimento dos direitos humanos. Movimentos de proteção à infância começaram a surgir e foram estabelecidos marcos legais e institucionais para combater a violência contra crianças e adolescentes. Organizações internacionais, como a UNICEF, e tratados como a Convenção sobre os Direitos da Criança, têm desempenhado um papel fundamental na promoção da proteção e do bem-estar infantil. No que toca ao campo da saúde, é possível notar um aumento progressivo da participação das equipes de saúde nas redes de proteção à criança e ao adolescente como forma de somar-se às ações de setores como justiça e educação (Ruzany e Meirelles, 2009).

Atualmente, a infância é considerada um período crucial para o desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social dos indivíduos (Salles, 2005). A sociedade moderna valoriza a proteção e o bem-estar das crianças, bem como o investimento em sua educação e desenvolvimento saudável (Osinski e Cunha, 2021). Sobre a adolescência, uma perspectiva que busca percebê-la em sua complexidade é descrita por Ozella e Aguiar (2008). Os autores trazem à luz a importância de um olhar voltado à construção do sentido subjetivo do tornar-se adolescente, que circunda os campos social, cultural, histórico e singular, e que se inscreve na vida cotidiana a todo tempo.

No Brasil, o que toca às políticas e estratégias desenvolvidas na atenção à violência contra crianças e adolescentes, Salles (2005) aponta marcos importantes, como o artigo 277 da Constituição Federal de 1988, a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1989, instituindo o Conselho Tutelar, e a publicação do manual “Notificação de maus-tratos contra criança e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde”, propondo a Ficha de Notificação Compulsória.

A discussão acerca da especificidade do público infantojuvenil levou mais tempo para chegar aos holofotes de um modelo de atenção à saúde mental dentro das políticas públicas. Braga e D’Oliveira (2019); Fernandes *et al.*, (2020), fazem uma retomada histórica acerca das políticas públicas de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes. Assemelhando-se ao entendimento da loucura em adultos no século XIX, crianças e adolescentes que desviavam ao comportamento esperado socialmente eram enclausurados em hospitais

psiquiátricos, sem o menor entendimento sobre a necessidade de uma atenção diferenciada. Ao longo do século XX, a discussão passou pelos conceitos de *adulthood* e de delinquência, sendo possível o reconhecimento deste público como sujeitos de direitos apenas após os movimentos das Reforma Sanitária e Psiquiátrica e da consolidação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A Política de Saúde Mental Infantojuvenil é norteada pelas seguintes diretrizes (Brasil, 2005): 1) A criança e o adolescente são sujeitos de direitos e detentores de lugares autênticos de fala, o que implica também a escuta de singularidade; 2) Acolhimento universal; 3) Encaminhamento implicado e co-responsável; 4) Construção permanente da rede e da intersetorialidade; 5) Trabalho no território; 6) Avaliação das demandas e construção compartilhada das necessidades de saúde mental.

Tal evidência pode ser notada na ausência de discussões sobre a especificidade do tema na consolidação da lei 10.216/01, a qual dispõe sobre a proteção, os direitos e o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2001). A proteção integral de crianças e adolescentes abarca a compreensão destes como sujeitos autônomos e capazes de desenvolver habilidades desejáveis para lidar com os processos de saúde individuais e coletivos (Brasil, 2014).

Nos dias de hoje, o modelo de cuidado em saúde mental preconizado é o da Atenção Psicossocial. Este deve promover espaços dialógicos, de autonomia e de escuta à singularidade e subjetividade dos usuários que buscam os serviços de saúde com uma demanda de sofrimento psíquico (Amarante, 2019), inclusive com a interface de vivência de violência. Os impactos a longo prazo que o sofrimento psíquico produzido após violência acarreta são de ordem individual, como a cronificação dos sintomas, a estigmatização, o enfraquecimento e exclusão da participação social e imensuráveis prejuízos na qualidade de vida e do desenvolvimento. Já na esfera coletiva, devemos atentar para a atuação dos determinantes sociais da saúde na prevalência e evolução dos transtornos mentais, contribuindo, por exemplo, com a sobrecarga do sistema de saúde (Childhood, 2022; Reis; Prata, 2018; Milani, 2009).

Entendendo que as mudanças na visão sobre a infância e a adolescência tiveram impacto direto sobre o modo como interpretamos as experiências de violência, cabe uma última reflexão. Bonvicini e Silva (2015) destacam a importância do trabalho com as comunidades a fim de desenvolver suas potencialidades, fortalecer suas capacidades frente às adversidades e estimular a capacitação de seus membros para que eles possam apropriar-se da melhoria de sua qualidade de vida e de saúde, sentindo-se ativamente participantes deste

processo. Os autores apontam que ambientes opressores e atitudes violentas, os quais são vetores causadores de problemas de saúde física e mental, poderiam ser erradicados, permitindo que crianças e adolescentes se desenvolvam em ambientes saudáveis. Tal ponto é corroborado pela visão da OPAS (2017), que afirma que a violência surge da interação de fatores individuais, relacionais, comunitários e sociais, sendo necessárias “intervenções com o objetivo de prevenir e enfrentar a violência contra crianças e adolescentes e de ajudá-los a alcançar seu pleno potencial” (OPAS, 2017 p. 4).

Violências contra crianças e adolescentes: Um panorama atual

Entender os conceitos de violências contra crianças e adolescentes é importante para conseguirmos identificá-las, preveni-las e responder a elas. Em nosso trabalho, nos norteamos pela compreensão de violências compartilhados pela UNICEF, pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), os quais descrevem como violência ações provocadas por outrem, as quais provoquem dano físico, sexual e/ou psicológico à criança ou ao adolescente, assim como prática de negligência e/ou maus tratos. Os exemplos a seguir podem ajudar a descrever e identificar tais violências (Brasil, 2007):

Violência física: beliscões, cintadas, chineladas, puxões de orelhas, uso da força física ao tocar na criança ou no adolescente;

Violência sexual: manipulação da genitália, exploração sexual, ato sexual com ou sem penetração;

Violência psicológica: rejeição, desrespeito, depreciação, rotulação, xingamento, cobranças e punições exageradas;

Negligência ou abandono: falha ou omissão em prover os cuidados, a atenção, o afeto e as necessidades básicas da criança ou do adolescente, como saúde e alimentação.

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (2019) e o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2022) trazem dados preocupantes. Estes dados apontam que a principal causa de violência atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) contra crianças e adolescentes de 0 a 13 anos, é a violência sexual. Em 2019, os dados do crime de estupro destacavam que 53,8% desta violência era contra meninas com menos de 13 anos. Esse número sobe para 57,9% em 2020 e 58,8% em 2021. Este tipo de violência ocorre em sua maioria na própria casa da vítima (76,5% dos estupros notificados), sendo estas do gênero feminino. Os agressores são na maior parte os próprios pais, padrastos, familiares, namorados

ou pessoas conhecidas das vítimas (82,2% dos casos denunciados foram praticados por conhecidos da vítima).

Além do abuso sexual, a violência contra crianças e adolescentes abrange os maus-tratos físicos e emocionais e a negligência. Quando se trata de lactentes e crianças pequenas, os maus-tratos geralmente são cometidos através das mãos de pais, mães ou outro cuidador primário. À medida que as crianças crescem e ocupam outros espaços além de suas casas e do contato intrafamiliar, também se tornam comuns a violência entre colegas e a violência nas relações íntimas, materializados através do *bullying*, *cyberbullying*, brigas, violência sexual e agressão, podendo haver presença de armas de fogo e armas brancas (OPAS, 2017). Somado a este panorama, Trucco e Palma (2020) discutem sobre os fenômenos de assédio e violências que ocorrem nos meios digitais, e que ainda não possuem evidências científicas robustas. Para as pesquisadoras

esse tipo de combinação de canais pode não só aumentar as situações de vulnerabilidade social no mundo físico, mas também possui um segundo efeito potencializador. Isso dificulta que a pessoa assediada escape do assédio e também pode se difundir para outras áreas da vida nas quais o anonimato pode aumentar os níveis de agressão e violência contra a vítima. (Trucco e Palma, 2020 p.106).

A figura abaixo demonstra como a violência contra o público infantojuvenil assume diferentes formas em diferentes etapas do desenvolvimento.



Fonte: OPAS, 2017

Outros pontos nevrálgicos, porém, com menor projeção no cenário de discussão de violência, são os casos de exploração sexual e crimes de

pornografia. Os casos envolvendo o público infantojuvenil têm apresentado um aumento nas notificações nos últimos anos, segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2022). Ademais, Nunes e Sales (2016) tensionam que a negligência é evidenciada em pesquisas brasileiras como a principal forma de maus-tratos, caracterizando-se como um problema de ordem social grave. No entanto, o reconhecimento da negligência como uma forma de violação às crianças e aos adolescentes não alcança a visibilidade necessária na sociedade, tampouco nas políticas públicas específicas para o seu combate.

Os dados de Oliveira *et al.*, (2022) reiteraram um olhar polissêmico às violências. Apontam que crianças e adolescentes se encontram mais suscetíveis à violência intrafamiliar, devido ao fato deste público passar a maior parte de seu tempo no convívio familiar. Frente a esta constatação, é possível identificar que quando uma família está lidando com outros estressores - como problemas financeiros, desemprego, aumento de uso de substâncias, maior carga de trabalho doméstico, por exemplo, as crianças e os adolescentes ficam mais expostos e vulneráveis a violências e maus-tratos. O estudo ainda traz a problematização da ausência do Estado como elemento condicionante e determinante destes fenômenos.

Mesmo havendo um panorama acerca das violências contra crianças e adolescentes, ainda convivemos com a invisibilidade desta temática. Segundo relatório da *Childhood Brasil* (2020), o país carece de dados sobre violência contra crianças e adolescentes, destacando fatores como vulnerabilidade, pobreza, exclusão e desigualdade social, questões interseccionais como raça, gênero e etnia e a falta de conhecimento sobre os direitos da infância e adolescência como catalisadores do aumento das violações e da dificuldade em buscar atendimento - o que se soma à vergonha e estigmatização (Arruda da Silva 2020; Oliveira *et al.*, 2022) destaca três categorias que corroboram com os desafios enfrentados no combate à violência de crianças e adolescentes: a (des)valorização da notificação e dos registros de violência contra crianças e adolescentes, a (in)visibilidade de registros de informações sobre violência e a atuação municipal no enfrentamento a violência.

APOIAR: Uma estratégia no cuidado em saúde mental ao público infanto-juvenil vítima de maus tratos

No intuito de escutar e dar direcionamentos à demanda relacionada às violências perpetradas contra crianças e adolescentes no município de Caxias do

Sul - RS, uma estratégia foi elaborada. O Ambulatório Municipal de Atenção Integral a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência (APOIAR) faz parte do Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes e está inserido na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município. O serviço visa a avaliar e tratar a dimensão do sofrimento psíquico envolvido em situações de violência experienciadas pelo público infantojuvenil, tendo como premissa a garantia do pleno desenvolvimento deles.

Podemos dizer que o APOIAR é um serviço *sui generis*. Este foi implementado utilizando-se de estratégias locais para o atendimento de uma demanda universal e muito complexa, a violência contra o público infantojuvenil. Não existem ambulatórios com esta tipificação na legislação que rege a política de saúde mental, sendo o APOIAR pioneiro na modalidade de atendimento psicológico individual a esta demanda. Embora se tenha conhecimento acerca da potência do atendimento individualizado na elaboração de traumas na infância e adolescência de correntes de situações violentas, grande parte das orientações de trabalho na saúde pública são de abordagem grupal (CFP, 2020).

Este serviço emergiu em meados dos anos 90 em resposta à inquietação dos membros do COMDICA – Conselho Municipal dos Direitos das Crianças e Adolescentes de Caxias do Sul, juntamente à Associação Educacional Hellen Keller diante dos alarmantes índices de violência praticada contra crianças e adolescentes no município. Após anos operando no terceiro setor, em 2002, o ambulatório estrutura-se enquanto serviço da administração pública, contando com recurso próprio e uma equipe multidisciplinar para atender ao público caxiense.

O tratamento psicológico compõe o cerne do procedimento operacional do serviço, tendo por objetivo promover um espaço de escuta qualificada e acolhedora às vítimas de violência. São realizadas sessões individuais semanais, objetivando a elaboração de vivência traumática, associado a atendimentos direcionados a familiares e/ou responsáveis, objetivando apoiar e orientar os mesmos frente aos desafios gerados a partir desta situação. De maneira ética e respeitosa, buscamos tensionar e problematizar o lugar cultural e histórico do uso da violência, pois entendemos que o mesmo é expressão de questões sociais e geram demandas transversais e multifatoriais. Não há número pré-estabelecido de sessões, assim, podemos respeitar o tempo singular de cada criança ou adolescente em seu processo de elaboração.

A equipe ainda realiza atividades como grupos voltados para os pais e responsáveis, grupos para adolescentes; contatos com a rede intersetorial, a fim de integrar informações e qualificar o atendimento oferecido ao usuário; realização de encaminhamentos corresponsáveis; elaboração de documentos aos órgãos de proteção; comparecimento a audiências judiciais e círculos restaurativos; visitas domiciliares e institucionais e solicitação de assessoria jurídica nos casos que se entender necessário. Ademais, a equipe do APOIAR desenvolve atividades preventivas e educativas junto à rede de proteção e às comunidades, além de formação e matriciamento ao enfrentamento da violência.

Atualmente, o APOIAR conta com profissionais da psicologia, serviço social e psiquiatria, além de estagiárias e uma higienizadora. O serviço recebe encaminhamentos da rede de proteção, caracterizados como medidas protetivas a fim de garantir o direito ao atendimento em saúde mental às vítimas de violência, em especial os maus tratos. O serviço funciona de segunda-feira a sexta-feira, das 8hs às 18hs, podendo estender o expediente caso haja demanda - o serviço já contou com grupo de pais no horário noturno.

Da singularidade da psicologia à atuação multidisciplinar para a garantia de direitos de crianças e adolescentes: potencialidades e desafios

A atenção em saúde de crianças e adolescentes em situações de violência pressupõe a responsabilização dos serviços, o envolvimento dos profissionais e a proteção social no território (Brasil, 2010). Estes serviços devem objetivar a eliminação de barreiras ao passo que elaboram estratégias para garantir a ampla comunicação de crianças e adolescentes durante o atendimento, estando os profissionais atentos às interfaces da diversidade étnica, das diferentes linguagens que possam ser empregadas e das necessidades de adaptações e acessibilidade aos atendimentos (CFP, 2020).

Dentre os profissionais que atuam na prevenção e atendimento às vítimas de violência está o profissional da psicologia. Segundo Silva e Melo (2017), a(o) psicóloga (o) incide como um moderador dos direitos da criança, visando à garantia e acesso aos direitos intrínsecos a este público. Nesta esteira, orientações do Conselho Federal de Psicologia apontam que a atuação profissional deve ser norteadada no sentido protetivo e socioeducativo, devendo estar “em estreita e contínua articulação entre o embasamento em referenciais

teórico-metodológicos aplicáveis ao contexto e a análise crítica da demanda’’ (CFP, 2020, p. 31), além de promoverem a afirmação das crianças e dos adolescentes como sujeitos de direitos, utilizando como marcos conceituais os Direitos Humanos e o Código de Ética Profissional da Psicóloga e do Psicólogo (CFP, 2018).

Acerca das ações promovidas pelas(os) psicólogas(os) na atenção ao público infantojuvenil em situação de violência, salientamos a importância de ouvirmos a criança e o adolescente com cautela e profissionalismo, evitando novos danos psicológicos (Balbinotti, 2008). Para tal, o Conselho Federal de Psicologia (2020) aponta a utilização de métodos e técnicas de escuta e de entrevista, testes psicológicos, atuação na perspectiva da interdisciplinaridade, podendo ser incluídos no atendimento membros de suas famílias ou demais pessoas que integram seu círculo de convivência. Também destaca que:

As intervenções para as situações de violência requerem uma ampliação da concepção da clínica psicológica tradicional e a adaptação para alcançar os diversos contextos de atuação da(o) psicóloga(o) na Rede de Proteção. É necessário adaptar e inovar saindo da clínica tradicional para a proposição e oferecimento de atendimentos psicossociais (CFP, 2020, p. 46).

A nota técnica ainda traz elementos importantes de serem evidenciados, como as condições sociais e institucionais de trabalho, assim como variáveis como tempo, materiais e recursos disponíveis à realização dos atendimentos. Também presta orientações e direcionamentos cautelosos na elaboração de documentos e avaliações exigidas pelo poder judiciário, além de fomentar a realizar as notificações e denúncias aos órgãos de proteção quando uma situação de violência foi percebida. Em nosso cotidiano de trabalho no APOIAR, seguimos tais recomendações e temos a oportunidade de contar com estrutura e materiais adequados. No entanto, por vezes necessitamos tensionar a administração pública ou utilizarmos recursos financeiros próprios para a efetivação de algumas estratégias de cuidado.

A abordagem multidisciplinar e integrativa é uma estratégia para combater efetivamente a violência infantojuvenil. Isso envolve a cooperação entre governos, organizações não governamentais, profissionais de saúde, educadores e a própria comunidade. Os profissionais de saúde, assistentes sociais e os educadores, por exemplo, desempenham um papel central na identificação e

encaminhamento de crianças e adolescentes que possam estar sofrendo violência. Mesmo a temática apresentando-se em diferentes contextos, publicações acerca da experiência de profissionais e de locais na rede pública que atendam esse público ainda se encontram limitadas.

Sobre as ações multidisciplinares, entendemos que elas são fundamentais na realidade de nosso serviço. Além da escuta individual, é imprescindível o trabalho nas dimensões familiar e social, a fim de buscar desfazer nós que possam amarrar o caso e ainda pensar em estratégias que promovam tensão entre os pontos da rede de proteção infantojuvenil. Além disso, a interação dos profissionais objetiva a construção de comunicação que busque o entendimento do caso em sua integralidade e suas complexidades individual e coletiva, levando em consideração o reconhecimento mútuo entre os saberes atuantes (Ruzany e Meirelles, 2009).

Quando falamos da atuação na rede pública de saúde, os desafios se apresentam constantemente. A fragmentação dos setores e a dificuldade na descentralização de algumas ações em saúde seguem sendo barreiras para a construção de práticas que visem às individualidades da experiência vivenciada pela criança ou pelo adolescente. É comum percebermos algumas fragilidades em alguns pontos da rede ao fazerem a leitura que a temática da violência deve ser tratada em apenas um local, como o ambulatório, por exemplo, ou que a escuta de uma experiência traumática deve ser feita exclusivamente pelo profissional da psicologia. Os reflexos dessas formas de estruturação de políticas públicas aparecem cotidianamente nos serviços ofertados às populações, especialmente aos grupos que necessitam de formas e estratégias de proteção que requerem ações transversais e integradas.

Como já apontado por Bagagi e Paiva (2012), a atuação intersetorial é primordial no trabalho ao combate e à atenção à violência contra crianças e adolescentes. O trabalho conjunto entre hospitais, ambulatórios especializados, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente (DPCA), Conselhos Tutelares, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), Juizado da Infância e Juventude (JIJ) e Ministério Público (MP) deve ser uma constante no cotidiano dos profissionais que atendem este público. Talvez este seja um dos nós mais críticos no enfrentamento e atenção às vítimas de violência, sendo ao mesmo tempo em que reside a potencialidade do trabalho diante deste segmento.

O trabalho coletivo deve ser feito com laços estreitos. Para aperfeiçoar este trabalho, são necessárias práticas de comunicação e co-responsabilidade entre os profissionais de diferentes serviços, fluxos claros e objetivos para a proteção integral dos direitos da infância e da adolescência, assim como orientação e fortalecimento das famílias e de seus contextos. Além disso, é necessária uma estrutura adequada ao trabalho, capacitações, formação continuada e supervisão, investimento adequado às políticas públicas voltadas ao tema e ações educativas e coletivas nos diversos espaços de controle social (CFP, 2020).

Outro desafio que transversaliza todas as práticas da rede pública é o desinvestimento no SUS visto nos últimos anos. Tal sucateamento reflete-se nos desafios atuais impostos ao trabalho cotidiano na saúde pública brasileira, bem como fere o direito essencial, fundamental e constitucional da garantia da saúde aos cidadãos brasileiros. Araújo (2017) indica falhas provocadas pela redução dos investimentos no SUS, as quais serão percebidas com o aumento das iniquidades no acesso dos usuários aos serviços, além de insuficiência da oferta de determinados serviços e tecnologias avançadas nas diferentes regiões do país.

Considerações Finais

À medida que avançamos no tempo, é crucial continuarmos lutando contra a violência sofrida pelo público infantojuvenil. Somente por meio de um esforço conjunto da sociedade, governos, organizações e indivíduos, podemos esperar criar um ambiente seguro e protegido para crianças e adolescentes. Mesmo diante de avanços, ainda enfrentamos desafios significativos na luta contra a violência infantojuvenil, a despeito da negligência e maus tratos, da violência doméstica, do abuso sexual, do trabalho infantil, do *bullying* e do *cyberbullying* e da exploração sexual e do comercial deste público.

A conscientização, a educação e a implementação efetiva de políticas de proteção são essenciais para enfrentarmos esses problemas e garantir um ambiente seguro e saudável para as novas gerações. Desta forma, é fundamental que sejam implementadas medidas abrangentes para prevenir, identificar e responder à violência contra crianças e adolescente, o que pode ser materializado a partir da implementação e do cumprimento rigoroso de leis e políticas de proteção à infância, a promoção de campanhas de conscientização para educar a sociedade sobre os direitos das crianças e a importância de denunciar casos de violência.

Além disso, é necessário investir em programas de apoio e intervenção que ofereçam suporte psicológico, emocional e social às vítimas de violência. A experiência do APOIAR como serviço integrante da RAPS e da rede de proteção de crianças e adolescentes têm se mostrado potente na atenção deste público. Entendemos que a oferta à escuta individualizada, somada à articulação em rede e à orientação familiar têm sido uma estratégia de cuidado compartilhado eficiente. No entanto, assim como encontrado na literatura, encontramos barreiras desafiadoras para serem transpostas, como a segmentação dos setores, o truncamento de alguns fluxos, a naturalização de comportamentos violentos, a fragilidade de suporte sócio-comunitário e das políticas públicas, o sucateamento do SUS além do agravamento das dificuldades econômico-sociais das famílias.

Por fim, é importante reafirmarmos a importância do não-apagamento da história da infância sob a interface da violência. Conhecer os marcadores socioculturais e econômicos nos auxilia a compreender melhor as lutas enfrentadas por gerações passadas e, assim, trabalharmos em direção à construção de ambientes mais seguros e acolhedores para as crianças e os adolescentes de hoje e para as próximas gerações. Políticas públicas e práticas reducionistas, fragmentadas e compensatórias necessitam ser substituídas, gradativamente, por olhares ampliados e pautados na integralidade.

Referências

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Violência sexual infantil, os dados estão aqui, para quem quiser ver. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/07/14-anuario-2022-violencia-sexual-infantil-os-dados-estao-aqui-para-quem-quiser-ver.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2023

ARAÚJO, K. Emenda Constitucional nº 95/2016: instrumento de afastamento da equidade no Sistema Único de Saúde. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, [S. l.]*, v. 6, p. 607–617, 2017. Disponível em:

<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1042>. Acesso em: 11 jul. 2023.

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

ARRUDA DA SILVA, P. *et al.* (In)visibilidade das notificações de violência contra crianças e adolescentes registradas em um município do sul do Brasil. **Rev. Invest. educ. enferm** Medelin, v. 37, n. 2, 2019, não paginado. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072019000200011&lng=en&nrm=iso> . Acesso em: 28 julho 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Sobre a violência de crianças, adolescentes e jovens brasileiros**. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/sobre-a-violencia-contras-criancas-adolescentes-e-jovens-brasileiros/40061/> . Acesso em: 10 maio 2023.

BAGAGI, P.; PAIVA, C. A atuação dos profissionais de saúde nos casos de violência contra crianças e adolescentes. **Revista Científica Eletrônica de Pedagogia**, Graça, v.10, n.20, não paginado, 2012. Disponível em: http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/vZMHMZm1HV2Ft9t_2013-7-10-16-44-36.pdf . Acesso em: 7 jul. 2023.

BALBINOTTI, C. A violência sexual infantil intrafamiliar: a revitimização da criança e do adolescente vítimas de abuso. **Revista Direito & Justiça**, PUCRS, v.35, n.1, p.5-21, 2008. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fadir/article/view/8207> . Acesso em: 7 jul. 2023.

BONVICINI, C. R.; SILVA, J. S. Violência e promoção da saúde. **Revista Psicologia e Saúde em debate**, v. 1, n. 1, p. 78–88, 2015. Disponível em: <http://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/8>. Acesso em: 26 jul. 2023.

BRAGA, C.; D'OLIVEIRA, A. F. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 401-410, 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.30582016>. Acesso em 10 de jul. 2023.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm . Acesso em: 9 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. 2. ed. rev. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf . Acesso em: 9 jun. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Prevenção à violência contra crianças e adolescentes**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002281.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf. Acesso em: 26 jul. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf . Acesso em: 26 jul. 2023.

CHILDHOOD. **Pela proteção da infância. Dados da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescente**, 2020. Disponível em: <https://ch-wordpress.s3.amazonaws.com/uploads/2022/12/dadosviolenciasexualcontracriancaseadoloscentes2020-final.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2023.

COCCO, M.; SILVA, B. E.; JAHN, A. C. Abordagem dos profissionais de saúde em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 491-497, 2010. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/747d/b94a309590a6dd6a0ca3ed72fdb0e92900ef.pdf>. Acesso em: 7 julho 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Nota Técnica n. 1/2018/GTEC/CG, de 24 janeiro de 2018. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/NOTA-TECNICA-N%C2%BA-1_2018_GTEC_CG.pdf . Acesso em: 21 jul. 23.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências técnicas para a atuação de psicólogas (os) na rede de proteção às crianças e adolescentes em situação de violência sexual**. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://crepop.cfp.org.br/wp-content/uploads/sites/34/2022/10/017-Crepop-Referencias-Tecnicas-para-Atuacao-de-Psicologas-os-na-Rede-de-Protacao-as-Crianças-e-Adolescentes-em-Situacao-de-Violencia-Sexual.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2023.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PELA INFÂNCIA (UNICEF BRASIL). Alguns resultados em 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/protacao>. Acesso em: 7 jul. 2023.

MILANI, R. G.; LOUREIRO, S. R. Crianças em risco psicossocial associado à violência doméstica: o desempenho escolar e o autoconceito como condições de proteção. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 14, n. 3, p. 191–198, 2009. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/epsic/a/tJcpVDBySF45w53VfctkH4B/lang=pt>. Acesso em: 7 jul. 2023.

MINAYO, M. C. S. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v.1, n. 2, p. 91-102, 2002. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/mQqmmSTBf77s6Jcx8Wntkkg/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 23 jun. 2023.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

NUNES, A. J.; SALES, M. C. Violência contra crianças no cenário brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 871-880, 2016. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/hbQG5xjXFgD6qBLw4D95NNg/?lang=pt> . Acesso em: 23 jul. 2023.

OLIVEIRA, A. P. F. *et al.* Violência contra crianças e adolescentes e pandemia – Contexto e possibilidades para profissionais da educação. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. 1-8, 2022. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ean/a/qHGnGXjh8j8Nm7NRXhP9v7R/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 23 jul. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **INSPIRE: Sete estratégias para por fim à violência contra crianças**. Disponível em:
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33852/9789275719411-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>. Acesso em: 7 jul. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Relatório de status global sobre a prevenção da violência contra crianças exige mais ações dos governos e alerta para o "impacto dramático" da Covid-19**. 2020a. Disponível em:

<https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/paises-estao-falhando-em-prevenir-violencia-contras-criancas>. Acesso em: 7 jul. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Novo estudo da OPAS descobre importantes lacunas nas medidas para prevenir a violência contra crianças e adolescentes. 2020b**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/23-11-2020-novo-estudo-da-opas-descobre-importantes-lacunas-nas-medidas-para-prevenir> . Acesso em: 7 jul. 2023.

OSINSKI, D. R. B.; CUNHA, A. S. T. O conceito de Infância no contexto da Modernidade no Contexto da Modernidade Europeia (Séculos XVII-XIX). **Cadernos de Pesquisa**, São Luís, v. 27, n. 2, não paginado, 2021. Disponível em: <http://cajapio.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/11225> . Acesso em: 7 jul. 2023.

OZELLA, S.; AGUIAR, W. M. J. Desmistificando a concepção de adolescência. **Cadernos de pesquisa**, São Paulo, v. 38, n. 133, p. 97-125, 2008. Acesso em 10 mai. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/vNqg6DJKX7zBLbv57dwpJR>. Acesso em: 7 jul. 2023.

SALLES, L. M. F. Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 1, p. 33–41, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/p6nq9YHw7XT7P7y6Mq4hw3q/abstract/lang=pt> . Acesso em: 7 jul. 2023.

REIS, D. M.; PRATA, L. C. G. **O impacto da violência intrafamiliar no desenvolvimento psíquico infantil**. Psicologia.pt: O portal do Psicólogo. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1253.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2023.

RUZANY, M. H.; MEIRELLES, Z. V. Adolescência, juventude e violência: Identificação, abordagem e conduta. **Adolescência e Saúde**, v. 6, n. 3, p.

Capítulo 7 – Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência a psicologia dentro da intersectorialidade e da multidisciplinaridade

52-60, 2009. Disponível em:
<https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v6n3a11.pdf>.
Acesso em: 7 jul. 2023.

SILVA, J. C. T.; MELO, S. C. A. Violência Infantil: A atuação do Psicólogo no processo de auxílio à criança. **Psicologia e Saúde em Debate**, v.4, n. 1. p. 61-84, 2018. Disponível em:
<https://core.ac.uk/download/pdf/268414618.pdf> . Acesso em: 7 jul. 2023.

Trucco, D.; Palma, A. Infância e adolescência na era digital: um relatório comparativo dos estudos Kids Online Brasil, Chile, Costa Rica e Uruguai. **Documentos de Projetos** (LC/TS.2020/18/Rev.1), Santiago, Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), 2020. Disponível em:
https://cetic.br/media/docs/publicacoes/1/20200820160151/infancia_e_a_dolescencia_na_era_digital_pt.pdf. Acesso em: 7 jul. 2023.

Capítulo 8

“Só quero pensão para o meu filho/a”: entre violações de direitos e saúde mental de crianças e adolescentes

Gabriela de Moraes Sganzerla

Michele da Rocha Cervo

Eloísa Harmuch

Maria Victória Cecato Dal Magro

Amanda Laís Maciel Kugeratski

Amanda Pessoa

Introdução

A experiência de ser criança no mundo, e em especial no Brasil, não é a mesma. Ao considerarmos as configurações históricas e políticas dos países do Sul Global, destacamos as marcas do colonialismo, onde as infâncias não foram incluídas na história de desenvolvimento, modernização e direitos. Desde a Convenção Internacional dos Direitos da Criança em 1989, pela Organização das Nações Unidas, a experiência de ser criança, para as crianças de diversos lugares do mundo, foi modificada e reafirmada pelas legislações nacionais na maioria dos países. Ao longo das últimas três décadas, o lugar da criança como ser humano com condições singulares, que demanda cuidados da população adulta, foram respaldadas por essa compreensão jurídico-legal que entra em vigor com os marcos legais e políticos para os direitos de crianças e adolescentes ao redor do mundo.

Mais do que exemplificar a mudança no entendimento de infância no decorrer da história, está tentar dar conta de mostrar que infância é substantivo para ser usado no plural, não só quando se considera o tempo diacrônico que contém todos os saberes (ou ausência deles) atribuídos à criança até que ela deixe de ser vista como objeto e passe a ser vista como um sujeito de direitos, mas também quando se volta o olhar para os inúmeros contextos sociais, econômicos, culturais e de gênero que atravessam suas vivências e constituições.

Capítulo 8 - “Só quero pensão para o meu filho/a”. Entre violações de direitos e saúde mental de crianças e adolescentes

A linha do tempo desde que as infâncias e juventudes são considerados sujeitos e colocadas na esfera dos direitos é curta, começando a ser desenhada em 1989, durante a Convenção dos Direitos da Criança, mas consolidando-se enquanto lei em Junho de 1990, onde o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi aprovado (Lei 8.069/1990). De lá para cá, houve algumas reformulações do ECA, que manteve - se sempre ancorado nos princípios da criança como sujeito de direitos, incluindo direito à proteção integral que tem por finalidade assegurar, conforme previsto no Art. 4º, que:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Analisar historicamente a produção de infâncias no contexto brasileiro, é perceber a multiplicidade de lógicas, histórias e vivências que compõem o termo. Em contrapartida, ao mesmo tempo que as experiências são múltiplas, existem infâncias que compartilham realidades que se cruzam, estando estas imersas em histórias de violações de direitos.

Ainda que esteja previsto em lei a universalidade de direitos, alguns grupos de pessoas são sistematicamente vulnerabilizados e excluídos, o que se complexifica a depender dos diferentes fatores que atravessam interseccionalmente seus corpos e experiências, entre eles, gênero, sexualidade, classe, raça, etnia (Brito; Toneli e Oliveira, 2022, p. 185).

Torna-se importante situar que a universalidade desses direitos é inaugurada a partir do ECA e que a primeira legislação específica em solo nacional a tratar das questões acerca das infâncias e adolescências foi o Código de Menores de 1927, cuja atualização aconteceu em 1979. O Código não propunha - se a entender as infâncias enquanto conceito ampliado, mas sim a partir dos rótulos de “menoridade”, sendo o menor aquele que pertencia às classes pauperizadas e, segundo o discurso vigente na época, precisava do apoio estatal para desenvolver-se em meio a sua realidade de situação irregular. Porém, para além dessas narrativas, o que se esconde são as tentativas de controle e cerceamento dessas vidas e a culpabilização das crianças e famílias pela desigualdade estrutural do país. O Estado atuava enquanto poder decisório

na existência das infâncias pobres, o que, muitas vezes, implicava na destituição do poder familiar de seus pais. Nesse sentido, é perceptível que o acesso ou não ao capital era a régua que selecionava aqueles que poderiam ou não ser chamados de crianças e adolescentes.

Situando a infância dentro de suas conquistas legislativas e epistemológicas, o ECA, reconfigura as compreensões no que concerne aos direitos de crianças e adolescentes que, a partir deste marco, passam a ser entendidos como sujeitos de direitos, adquirindo papel ativo e prioritário tanto nas políticas públicas quando em seus modos de vida. Porém, como apontam os Cadernos de artigos do ECA, elaborados pelo Conselho Federal de Psicologia:

Uma normativa legal não tem, por si, o “poder” de transformar anos de práticas e de concepções minoristas que estão enraizadas nos processos de subjetivação de todos nós acerca do binômio causal entre crime-pobreza, dos nossos preconceitos referentes às diversas formas de organização familiar (Conselho Federal De Psicologia, 2020, p. 8).

Para muito além dos aspectos jurídicos, direitos e deveres previstos por lei - e que não deixam de ser um grande avanço e uma grande conquista após muita luta e mobilização social - existem dimensões sociais, econômicas, raciais e patriarcais que restaram de um passado colonizador e que permeiam , em diferentes níveis e intensidades , as diversas formas de ser criança/adolescente, tornando inevitável nos questionarmos quantos outros marcadores sociais e estigmas uma criança pode carregar consigo, e qual é a cor de pele, título ou diagnóstico que faz com que a terminação “de direitos” seja deixada de lado por uma quantidade significativa de vezes.

Em seu Art. 5º o ECA prevê que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (...)” (BRASIL, 1990). Porém, a realidade concreta aponta para dados que demonstram o quanto ainda se faz necessário seguir a implementação e investimentos em ações que reafirmam a legislação. As violações de direitos e violências que compõem a experiência de muitas crianças e adolescentes podem manifestar-se de diferentes formas, estando em muitos casos ligadas ao âmbito familiar. Segundo o Ministério da Saúde, a violência intrafamiliar é definida a partir das relações de poderes desiguais que podem operar nas relações familiares, produzindo repercussões negativas no desenvolvimento e bem-estar de algum membro. É válido ressaltar que ela não

necessariamente precisa acontecer dentro do ambiente familiar, como também pode ser exercida por pessoas que assumem funções parentais mesmo sem a presença de laços sanguíneos (Brasil, 2002).

Dentre as tipificações destas violências estão: violência física, violência psicológica, violência sexual e negligência. A violência física, conforme definição da UNICEF (2021) é entendida como a “ação que impacte negativamente a integridade ou saúde corporal ou cause sofrimento físico”. É importante salientar que os discursos que permeiam essa expressão da violência buscam justificá-la enquanto uma prática educativa, porém diversos estudos apontam que as consequências devastadoras desta produzem marcas para além das físicas, não sendo de maneira alguma efetivas para o processo educativo (Nunes *et al.*, 2020; Reis; Prata; Parra, 2018; Rates *et al.*, 2015). Já a violência psicológica aparece em conjunto com todas as demais formas de violência, visto que ambas produzem impactos subjetivos nessas experiências, o que está diretamente ligado às questões de saúde mental. Desse modo, envolve ameaças e ridicularizações, afetando assim o desenvolvimento psíquico e emocional das vítimas. Por violência sexual entende-se a exposição de crianças e adolescentes a atividades sexuais, uma vez que o conceito de consentimento não aplica-se a sujeitos nesse período peculiar de desenvolvimento (ISPCAN, 2006). Por fim, a negligência acontece quando a criança deixa de ser cuidada e amada, dentro dos parâmetros socialmente aceitáveis (Cadernos de Psicologia, 2022).

Diante da necessidade de consolidar a rede de atendimento e garantia dos direitos infanto-juvenis, no ano de 2006, o governo do Paraná por meio da parceria entre a Secretaria de Estado da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e as Instituições Estaduais de Ensino Superior, cria o Núcleo de Estudo e Defesa dos Direitos da Infância e da Juventude. Dessa forma, o núcleo formado por meio da consonância entre os campos do direito e da psicologia, pedagogia e/ou serviço social, passa a atuar em conjunto com a rede de proteção dos municípios, para atender crianças e adolescentes que tenham ou estejam em vias de ter os direitos violados.

O presente trabalho tem como objetivo evidenciar as relações entre as violações de direitos na infância e adolescência com as questões de saúde mental, que se apresentam, no Núcleo de Estudos e Defesa dos Direitos da Infância e da Juventude (NEDDIJ)⁷ - Irati, possibilitando o entendimento de saúde mental

⁷ O NEDDIJ-Irati atua com atendimentos direcionados a regularização de direitos de crianças e adolescentes em situações de risco, caracterizadas pelas violências
Capítulo 8 - “Só quero pensão para o meu filho/a”. Entre violações de direitos e saúde mental de crianças e adolescentes

como uma dimensão que articula - se com a prevenção e com a operacionalização do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente.

Metodologia

Esse estudo tem como base o relato de experiência (RE) a partir da análise dos registros de atendimentos psicológicos, jurídicos e psicojurídicos realizados através de uma perspectiva pautada na interdisciplinaridade entre as áreas de Psicologia e Direito que compõe o Projeto de Extensão Universitária da UNICENTRO, Núcleo de Estudos e Defesa dos Direitos da Infância e da Juventude (NEDDIJ) - Irati.

Trata-se de pensar o RE em perspectiva epistemológica, expandida a partir das singularidades, sendo, consequentemente, um importante produto científico na contemporaneidade. Isso porque refere-se a uma construção teórico-prática que se propõe ao refinamento de saberes sobre a experiência em si, a partir do olhar do sujeito-pesquisador em um determinado contexto cultural e histórico. Sem a pretensão de se constituir como uma obra-fechada ou conjuradora de verdades, desdobra-se na busca de saberes inovadores (Daltro e Faria, 2019, p. 228).

Este projeto integra ainda o Programa Estratégico da Secretaria de Tecnologia do Estado do Paraná e tem participação na Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente do município, atuando na defesa dos direitos de crianças e adolescentes em situação de risco. Também participa ativamente dos órgãos de controle social do município e busca prevenir e recuperar os danos causados pela violação de direitos.

A atuação pautada nas diretrizes do projeto de extensão que vincula a prática com a produção científica permite operar os conceitos apreendidos pelo estudo teórico e produção acadêmica ao mesmo tempo que impacta a

supracitadas, garantindo amparo judicial e acolhimento psicológico a esse público, prezando pelo contato com a rede a fim de encaminhá-los e garantir seu acesso aos serviços especializados.

Capítulo 8 - “Só quero pensão para o meu filho/a”. Entre violações de direitos e saúde mental de crianças e adolescentes

comunidade. Diante disso, o NEDDIJ tem atuado de forma transdisciplinar, segundo Magnoli (2012),

A transdisciplinaridade permite a articulação com diferentes disciplinas, saberes e práticas em um diálogo que inclui tanto o saber acadêmico, as artes, a tecnologia e fortemente os saberes populares. A prática *trans* traz uma nova proposta epistemológica, pois pretende abarcar a complexidade e a processualidade, desestabilizando as divisões entre as disciplinas, as especialidades, analisando e subvertendo as relações de poder, convocando a invenção (p.123).

Destarte, o Núcleo busca intervir na articulação dos equipamentos que compõem o Sistema de Garantia de Direitos com uma atuação conjunta aos serviços socioassistenciais, ao sistema educacional, ao sistema de saúde e ao sistema jurídico. Nesse sentido, o NEDDIJ atua a partir de um posicionamento ético-político e psicossocial por meio de ações mobilizadoras e interventivas em rede de modo a garantir a efetivação dos direitos de crianças e adolescentes.

Nessa perspectiva, o trabalho da Psicologia no atendimento às violações de direitos preconizados no ECA, exige analisar os encaminhamentos e/ou demandas espontâneas de forma contextualizada compreendendo a realidade subjetiva e as condições objetivas que se entrecruzam na escuta das violências, provocadoras e mantenedoras do sofrimento psicológico que cerceia os direitos fundamentais.

Dentro do paradigma da proteção integral, o psicólogo tem um papel menos tecnicista e mais articulador, no sentido de viabilizar direitos. Para isso, ele precisa conhecer a legislação, lidar com a descentralização das tarefas, propor debates e reflexão na direção da autonomia dos sujeitos atendidos (De Macedo e Conceição, 2017, p. 133).

Assim, o acolhimento inicial das usuárias e dos usuários é realizado pela equipe de Psicologia, composta por uma psicóloga e duas estagiárias de Psicologia, e supervisionadas pela professora orientadora da área de Psicologia. As queixas relacionadas inicialmente a guarda, convivência e alimentos também são atravessadas pelo abandono afetivo, violência física, violência sexual, violência psicológica e violência intrafamiliar. Diante do exposto, verifica-se a necessidade de articular, ainda, a ampliação da compreensão sobre Saúde Mental, incluindo as dimensões teórico-conceitual, teórico-assistencial,

jurídico-política e sociocultural (Amarante, 2007) de forma a atuar na redução dos danos psíquicos sofridos pela violação de direitos que chegam ao Núcleo.

O conceito de Saúde Mental ampliado refere-se ao encaminhamento estratégico de crianças, adolescentes, genitores e/ou genitoras aos equipamentos do município. Os encaminhamentos direcionados ao serviço ambulatorial de Saúde Mental e a Clínica-Escola de Psicologia da UNICENTRO são casos de sofrimento psíquico grave e que necessitam de uma escuta focada e regular. Casos em que são identificados a necessidade de fortalecimento de vínculos familiares e/ou comunitários são encaminhados ao Centro de Referência da Assistência Social, ao Centro de Referência Especializado de Saúde Mental e/ou ao Centro da Juventude a depender da situação de risco social ou violação de direitos.

Ante o exposto, utiliza-se o relato de experiência como método de análise dos atendimentos e articulação com a rede intersetorial realizados pelo NEDDIJ, propôs-se duas linhas de análise que explicitam a relação entre violação de direitos e saúde mental, a saber, “Entrelaces entre a política de atenção psicossocial e a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente” e “Entre a pensão e a violação de direitos: tecendo narrativas sobre a violência infanto-juvenil”. Salienta-se que os números apesar de importantes para dimensionar políticas socioassistenciais, não nos permitem mensurar a consequência subjetiva da violação de direitos, dessa forma, destaca-se a importância da construção de propostas articuladas de enfrentamento do fenômeno da violência e garantia de acesso a atendimentos psicossociais em Saúde Mental à infância e juventude.

Resultados e Discussão:

Entrelaces entre Saúde Mental, Atenção Psicossocial e a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente

Para compreendermos como se dá a relação entre a violação de direitos na infância e na adolescência e o campo da Saúde Mental Infantojuvenil em território brasileiro, destaca-se o ECA e a Lei da Reforma Psiquiátrica de 2001 que reconfigura o cuidado em Saúde Mental e possibilita pensar a emergência do campo da Saúde Mental Infantojuvenil (Bilkstein, 2021). No contexto desta população, a Lei da Reforma Psiquiátrica operou de maneira tardia, uma vez

que eram inexistentes alternativas que dessem conta do cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

Nesse sentido, a nova legislação em saúde mental emergiu como uma ferramenta crucial para a inauguração de dispositivos que visam proporcionar assistência em um ambiente de liberdade (Couto e Delgado, 2015). Destaca-se, no ano de 2002, a criação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) que consistem em serviços de base territorial e comunitária voltados ao cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Cabe ressaltar, que a atenção destinada a essa população carrega de maneira intrínseca a perspectiva de cuidado ampliado e intersetorial, a medida em que as diferentes políticas públicas são convocadas a se fazer presente no cuidado, incluindo em seus processos de desenvolvimento o atravessamento de discursos provenientes da família, do sistema jurídico, do ambiente educacional, das abordagens pedagógicas, e das nuances do sistema de garantia de direitos (Bilkstein, 2021).

Apesar dos avanços mencionados, persistem desafios significativos na aplicação e concretização do paradigma psicossocial, principalmente no que diz respeito à atenção destinada à população infantojuvenil. É importante enfatizar que a expansão da Rede não ocorre de modo uniforme e equitativo por todo o território brasileiro, e as situações são heterogêneas, o que se reflete na variedade da implementação e exercício da prática profissional nos serviços. Neste sentido, cabe retratar que no município de médio porte, cerca de 60 mil habitantes, o NEDDIJ atua no âmbito jurídico como único dispositivo da rede, já que não há Defensoria Pública ou outro Núcleo de Práticas Jurídicas vinculados às universidades, que oferecem atendimento jurídico gratuito. Nesta Comarca a população de baixa renda conta apenas com os serviços da justiça gratuita, através da indicação da advocacia dativa. No que se refere a rede de Saúde Mental, há a existência de apenas dois serviços, o CAPS I com atendimentos destinados à população adulta e responsável por atender toda a região, abrangendo nove municípios; e o Ambulatório de Saúde Mental, composto por psicólogas, assistente sociais e um médico especialista em psiquiatria, que atende crianças, adolescentes e adultos deste município. O modelo de atenção em saúde mental que opera na realidade desse município acaba contribuindo para a fragmentação do cuidado e demora nos atendimentos. No município de Irati-PR, também é presente a atuação de quatro Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e um Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), que atuam também frente às

demandas de Saúde Mental⁸, entretanto o que evidencia-se enquanto problemática é a ausência de serviços que sejam destinados prioritariamente a população infantojuvenil, tendo em vista suas especificidades e a alta demanda do município.

Partindo da concepção de Saúde Mental ampliada, destaca-se a necessidade de estabelecer uma articulação com a rede de serviços do município, principalmente devido à característica intersetorial que o cuidado e proteção no campo infanto-juvenil exige.

No imaginário social há muitas demandas direcionadas à saúde mental, mas nem sempre elas ajudarão a construir intervenções potentes, porque não correspondem às necessidades reais dos usuários. [...] Por isso, muitas vezes, é preciso fazer um trabalho de desconstrução da demanda como demanda de tratamento, ou seja, entender que nem todo problema ou sofrimento vivenciado pelas pessoas necessita de tratamento periódico e sistemático na rede de saúde, o que não exime esse setor da responsabilidade pelo acolhimento e direcionamento necessários. É fundamental ainda mais, portanto, que os serviços de saúde promovam articulações intersetoriais que contemplarão, por meio de outras políticas sociais, a demanda então produzida apenas dentro daqueles (Brasil. Ministério da Saúde, 2014, p. 26).

Compor o trabalho em rede é essencial para assegurar não apenas efetivação e garantia de direitos, mas também o acesso e acompanhamento diante dos sofrimentos resultantes da violação de direitos. As situações que são encaminhadas extrapolam os limites individuais e exigem a articulação entre diferentes setores, como a assistência social, a saúde, o judiciário e a educação, garantindo não apenas a oferta de um direito, mas também um acompanhamento contínuo. Na especificidade do NEDDIJ, os encaminhamentos são realizados para toda a rede de serviços do município, seja para a assistência social, educação ou saúde, de modo que os casos avaliados com maior gravidade geralmente envolvendo risco a vida são encaminhados para a

⁸ A Política Nacional de Assistência Social (PNAS), não prevê atendimento na forma de psicoterapia nos serviços e equipamentos previstos no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), como os CRAS e CREAS, mas compreendemos que as ações de prevenção, acompanhamento e acesso aos direitos desempenham função protetiva e têm efeitos no que pode produzir sofrimento nas crianças e adolescentes.

Saúde Mental, ou já vem encaminhados para este serviço pelo próprio Conselho Tutelar. Ressalta-se a grande dificuldade encontrada na falta de equipamentos que deem conta da especificidade infantojuvenil, o que contribui para uma dificuldade no fluxo de encaminhamentos, que por vezes acabam não recebendo a atenção necessária pela rede.

Por fim, pensar um indivíduo como um sujeito de direito implica reconhecer o NEDDIJ como um dispositivo que se propõe enquanto via legítima de acesso à garantia de direitos previstos em lei. A afirmação dos direitos da infância e da juventude equivale a reconhecer que crianças e adolescentes que enfrentam violência física, negligência ou abandono experimentam efeitos cujas dimensões muitas vezes são difíceis de mensurar e controlar. Essas experiências variadas moldam a vivência de ser criança ou adolescente, dentro do contexto da proteção integral ou muitas vezes, da ausência dela. Em situações em que o sofrimento se intensifica, a necessidade de intervenção de uma rede de suporte, incluindo a rede de saúde mental, se torna crucial.

A urgência psicológica muitas vezes surge devido à desorganização enfrentada diante de situações intensamente dolorosas, nas quais respostas, estratégias e ferramentas para lidar com o sofrimento podem estar ausentes. O impacto dessas situações pode levar a sofrimentos mais graves, incluindo comportamentos de automutilação, tentativas de suicídio e uso de substâncias psicoativas. Nesse contexto, a colaboração na criação de respostas e ferramentas adequadas para o cuidado de crianças e adolescentes torna-se urgente e essencial, compreendendo que garantir os seus direitos além de promover proteção social, também interfere nos processos de subjetivação, e convoca a rede de saúde mental a compor práticas que atenuem o sofrimento dessa população.

Entre a pensão e a violação de direitos: tecendo narrativas sobre a violência infanto-juvenil

As narrativas relatadas no NEDDIJ nos fazem lembrar aquilo que Marina Colasanti (1937) já nos dizia:

"Eu sei que a gente se acostuma, mas não devia". Ao adentrarmos nas engrenagens de um sistema que vem expondo, pouco a pouco, experiências de vidas marcadas pela violação de direitos, percebe-se que

“a democracia, aquela que implica o total respeito aos Direitos Humanos, está ainda bastante longe no Brasil. Ela existe apenas no papel. O cidadão brasileiro na realidade usufrui de uma cidadania aparente, uma cidadania de papel” (Dimenstein, 1993, p.3).

Situação exposta há muitos anos e que continua se atualizando, remodelando-se, dentro de um sistema o qual se diz democrático e igualitário, porém reflete marcas de um território repleto de injustiças e desigualdades que violam os direitos a uma vida digna ou a construção de uma verdadeira cidadania às infâncias e juventudes de nosso país.

Desta forma, estes sujeitos ocupam espaços sociais de modo que suas existências são atravessadas por processos de acumulação de saberes que, por sua vez, entrelaçam-se em práticas discursivas e não discursivas que se sobrepõem em mecanismos de poder, cujo resultado acaba sendo a produção de infâncias e juventudes governadas. Assim, o que se coloca em questão não é apenas sabermos como isso está sendo feito, ou seja, de que maneiras as governam, mas sim para onde essas formas de governabilidade estão as levando (Resende, 2018). Assim, como citado anteriormente, após a aprovação e implementação do ECA, processo que marca o início de uma trama constituída na lógica da proteção integral, na qual crianças e adolescentes passam a ser vistos como sujeitos de direitos, reafirma-se a responsabilidade da família, da sociedade e do Estado de garantir as condições para o pleno desenvolvimento dessa população, além de colocá-la a salvo de toda forma de discriminação, exploração e violência.

Neste sentido, essa nova perspectiva significou uma mudança na forma legal como a sociedade lida com as crianças e adolescentes, afastando a nomenclatura menor, considerada pejorativa e constituidora de uma inferioridade destes sujeitos. Porém, nota-se que apesar do afastamento deste termo, não há uma plena separação a condição de menoridade atribuída a eles. E, deste modo, podemos afirmar que o ECA significou um avanço jurídico e político em muitos termos na defesa da vida de crianças e jovens no Brasil, entretanto, esta mesma lógica também atua enquanto um sofisticado dispositivo de controle que fortalece e sustenta a condição de tutela e vigilância de uma população que é historicamente marginalizada e colocada neste lugar. Assim, vamos delimitando o quanto esta lógica da proteção também possui suas amarras e se entrelaça nestas vidas enquanto uma tática de governo (Gallo, 2020).

Há, então, uma repleta combinação de fatores tais como segurança, ameaças, proteção e resistências que atravessam cotidianamente o espaço dos serviços que compõem a rede de assistência à infância e à adolescência, as quais se empenham em práticas entrelaçadas ao governo da vida, mesmo camufladamente. Desta forma, os usuários desses serviços se encontram imersos nas soluções que lhes são impostas como práticas de existência e estão repletos das marcas de uma sociedade de controle contínuo que segue incidindo dobras sobre estes sujeitos através de discursos pautados nas lógicas da inclusão, dos direitos e da segurança. Essa produção subjetiva que faz com que se peça vigilância, cumprimento da lei, busca por castigos e punições tem nos levados ao processo denominado judicialização da vida, no qual compreende-se um movimento no qual o poder judiciário ganha o posto e/ou grande parte do espaço da instituição mediadora do viver (Nascimento, 2014).

“Ao mesmo tempo em que a judicialização traz um modelo que opera por julgamento, culpabilização e punição, funciona também pela implantação da insegurança e do medo. Por muitas vezes as famílias sentem-se policiadas, ameaçadas [e] julgadas” (Nascimento, 2014, p.36). E assim, através da experiência e contato com estas situações, podemos perceber que a chegada ao NEDDIJ é também resultado de uma série de andanças na rede, decorrentes de múltiplas violências, nas suas diversas facetas e especificidades, mas sutilmente mascaradas pela busca ao direito de regularização, principalmente, da pensão alimentícia. Dessa forma, no atendimento inicial à/ao usuária/o busca-se conhecer quais forças estão atuando para que ocorra a violação do direito da criança e do adolescente em foco. A partir da Análise Institucional compreende-se que,

A análise da encomenda gera a demanda como o seu desdobramento problemático, expondo o emaranhado de forças contido no pedido de análise. O trabalho de análise institucional se inicia quando dinâmicas não observadas se expressam, juntamente ao pedido explícito de intervenção. A atitude crítica faz aparecer as demandas de intervenção que nunca são espontâneas, mas produzidas tanto no encontro analítico quanto previamente a ele (Passos e Rossi, 2014, p. 163-164).

Ao chegar no NEDDIJ, podemos vislumbrar a busca principal pela regularização da pensão alimentícia, ao decorrer dos primeiros atendimentos também busca-se compreender as formas de guarda que estão estabelecidas e se há convivência com o outro genitor, estes três processos mais corriqueiros são

Capítulo 8 - “Só quero pensão para o meu filho/a”. Entre violações de direitos e saúde mental de crianças e adolescentes

realizados conjuntamente no processo judicial: guarda, visitas e pensão. Percebe-se então, que, apesar da violação aparecer de maneira mais sucinta e, muitas vezes, direcionada, essas situações não ocorrem de maneira isolada, mas estão diretamente ligadas às consequências e reformulações das diversas lógicas que compõem uma sociedade construída em estruturas coloniais, na qual, os múltiplos processos de violências acompanham o percurso cotidiano destes sujeitos (Motta; Frangella, 2019).

Ao se debruçar sobre como esses processos se efetivam no cotidiano das/os usuárias/os, escancaram-se as relações entre os papéis de gênero, do cuidado e do exercício da maternidade e, além disso, delimitam um forte atravessamento da situação de vulnerabilidade socioeconômica, o qual faz com que esta violação se sobressaia naquilo que é considerado significativo e ganha o status de urgência. A exemplo destacam-se três pontos principais: o direito a convivência como produtora de novas possibilidades de ser e existir no mundo; a sobrecarga da mulher-mãe, mulher-irmã, mulher-tia, mulher-avó no cuidado de crianças e adolescentes; a violação do direito de crianças e adolescentes como acesso à violência contra mulher.

O olhar voltado para a efetivação do direito à convivência familiar e comunitária opera como promotora de saúde mental, na medida em que “é importante que, no processo de desenvolvimento humano, crianças e adolescentes tenham acesso ao convívio com adultos acolhedores, preferencialmente familiares; ao sentimento de pertença a um grupo social [...]” (Brasil. Ministério da Saúde, 2014, p.14). A criança e/ou o adolescente ao ter acesso a outras possibilidades de ser e estar no mundo, também desenvolve fatores de proteção à saúde, a exemplo de um estudo de caso que chega ao NEDDIJ com a demanda única de pedido de pensão alimentícia. A genitora procura o Núcleo para regularizar a pensão alimentícia para sua filha, 11 anos, através dos atendimentos realizados com a família percebe-se que há a possibilidade de resgatar o vínculo afetivo entre a filha e o genitor, o NEDDIJ media a situação após acordo de todas as partes (genitora, genitor e criança) e a convivência com o genitor é reestabelecida, após um período de reaproximação a criança estabelece vínculo com o genitor e consegue relatar situações de violência que estava sofrendo do padrasto. Dessa forma, são realizados encaminhamentos implicados e corresponsáveis aos demais pontos da rede de forma a garantir a proteção integral dessa criança, o olhar atento ao direito à convivência fez-se como ponto de apoio importante na efetivação do cuidado à criança.

Um segundo ponto de destaque na atuação deste Núcleo é a sobrecarga de cuidado feminino observada, 90% das usuárias responsáveis pelas crianças e adolescentes atendidas no Núcleo são mulheres. A pesquisa de Santos (2019), aponta para as relações de gênero e saúde mental vivenciadas em um CAPS, a autora relata que as usuárias e os usuários deste equipamento são cuidados pelas figuras femininas de sua família, e na inexistência desses familiares, são cuidados por amigas. Esse dado também pode ser demonstrado no NEDDIJ, na ausência do cuidado de crianças e adolescentes pelas suas genitoras, elas passam a ser cuidadas pelas avós, pelas tias e pelas irmãs. O Núcleo acompanha um caso em que houve o feminicídio da genitora pelo genitor, a tia materna assume temporariamente a guarda de uma adolescente de 17 anos, e 3 crianças com idades respectivamente de 10, 7 e 5 anos. Após a adolescente completar 18 anos, e ainda em processo de luto, assume a guarda de seus irmãos. Outro caso é de uma jovem que assume a guarda de seu irmão de 16 anos, após o falecimento da genitora, o pai biológico o abandonou quando tinha 02 anos, o padrasto abandona - após 14 anos de convivência - após a morte da genitora. O adolescente desenvolve agravos em saúde mental e é atendido pela rede intersetorial, no entanto, devido a sobrecarga dos serviços não encontra o acompanhamento contínuo e regular que precisaria, efetuando diversas tentativas de suicídio.

Destaca-se, ainda, para a incidência expressiva da violência contra mulher que é desvelada ao longo dos atendimentos no NEDDIJ, em torno de 47% das mulheres que chegam ao Núcleo devido a violação de direitos de suas/seus filhas/as também passam ou estão passando por violências de gênero. Dessa forma, são informadas sobre seus direitos e possíveis encaminhamentos para serem atendidas e protegidas. E assim, colocamos a urgência de analisar as violações de direitos contra crianças e adolescentes de forma a problematizar o lugar das crianças, das mulheres e de marcadores como raça/cor, classe social, deficiências, gênero e os efeitos sobre os processos de subjetivação.

A atuação no NEDDIJ é costurada sobre muitos deslocamentos, lógicas e afetos, retrato de algumas infâncias e juventudes que resistem e experienciam, dia após dia, uma vivência atravessada por múltiplas violências, ainda, é artesanato inacabado deste cotidiano, no qual, como nos lembra Silvio Almeida (2023), “estamos falhando miseravelmente com nossas crianças”. Assim, vamos, aos poucos e a muitas mãos, produzindo um trajeto para compreender as lógicas que compõem as inúmeras governamentalidades infanto-juvenis, percorrendo em conjunto com esta população o extenso território da luta e defesa dos

direitos. Afinal, ao olhar para este espaço somos convocados a pensar: quem está protegendo o quê, para quem e por quê?

Considerações finais

O conjunto das análises estabelecidas a partir da vivência prática neste Projeto de Extensão evidencia como o ECA enquanto dimensão jurídico-política vem redimensionando o modo de escutar crianças e adolescentes que têm seus direitos violados. Para além de uma lei que preconiza a proteção integral, é a partir da atuação em rede do Sistema de Garantia de Direitos que os direitos de crianças e adolescentes podem ser assegurados. No entanto, verifica-se a necessidade de discutir as demais dimensões teórico-conceitual, teórico-assistencial e sociocultural no acesso à Rede de Proteção, na atenção integral com prioridade absoluta e na escuta qualificada de relatos de violência.

O NEDDIJ atua na defesa e na promoção dos direitos de crianças e adolescentes, como importante dispositivo na Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente do município, enfrentando desafios decorrentes da ausência de outros serviços que deem conta desta população, tanto no campo jurídico evidenciado pela ausência de Defensoria Pública e demais Núcleos de Práticas Jurídicas vinculados às universidades, como no campo da Saúde Mental pela ausência de equipamentos destinados especificamente ao público infanto-juvenil.

Ao se deparar com a complexidade de situações que chegam até o serviço, torna-se evidente para a equipe a relação entre as violações dos direitos, sejam eles relacionados à convivência, violência, como agressões físicas, abuso sexual além da complexa questão da alienação parental, e os impactos resultantes no processo de desenvolvimento e na formação da subjetividade desses sujeitos. O projeto a partir a atuação ético-política compreende de que maneira se dá a relação da violação de direitos com a saúde mental, que passa pela identificação de um sofrimento e dos efeitos que as violações de direitos produzem no modo como essas crianças e adolescentes constituem suas experiências sobre si e o mundo.

A partir do demonstrado, o NEDDIJ, enquanto projeto que articula saberes interdisciplinares com a atuação direta na defesa de direitos de crianças e adolescentes, tem buscado tecer rede entre o campo jurídico de garantia dos direitos com o campo subjetivo de compreensão das violências que chegam ao Núcleo e seu impacto na constituição de ser criança e/ou ser adolescente. Dessa

forma, este trabalho evidencia a importância de ampliar a discussão sobre o efeito da violação de direitos no campo da saúde mental infanto-juvenil.

Referências

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2007.

BILKSTEIN, F. **Saúde Mental: Retratos de crianças esquecidas**. São Paulo, 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990.

BRITO, C. F.; TONELI, M. J. F.; OLIVEIRA, J. M. de. Semicidadania induzida: neoliberalismo e discursos conservadores sobre gênero no Brasil.

Revista Polis e Psique, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 185–205, 2022. DOI:

10.22456/2238-152X.120617. Disponível em:

<https://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/120617>. Acesso em: 5 ago. 2023.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, v. 27, n. 1, p. 17-40, 2015. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100002>. Acesso em: 05, agosto 2023

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Caderno de Artigos Eca 30 anos**, 2020.

DALTRO, M.; FARIA, A. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 223-237, 2019.

DE MACEDO, E. O. S.; CONCEIÇÃO, M. I. G. Atendimento psicossocial a crianças e adolescentes em situação de violência: o psicólogo e a rede de

Capítulo 8 - “Só quero pensão para o meu filho/a”. Entre violações de direitos e saúde mental de crianças e adolescentes

atenção. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 12, n. 1, p. 129-146, 2017.

DE RESENDE, H. **Michel Foucault: O governo da infância**. Autêntica, 2018.

DIMENSTEIN, G. **O cidadão de papel: a infância, a adolescência e os direitos humanos no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Editora Ática S.A, 1993.

DO NASCIMENTO, M. L. Crianças e adolescentes marcados pela defesa dos direitos. **ECOPOLÍTICA**, n. 8, 2014.

GALLO, S.; LIMONGELLI, R. M. “Infância maior”: linha de fuga ao governo democrático da infância. **Educação e Pesquisa**, v. 46, 2020.

MARQUES, C. R. et al. Violências contra crianças e adolescentes: estratégias formativas junto a rede de educação. **Cadernos de PsicologiaS**, Curitiba, n. 3, 2022.

MOTTA, F. M. N.; FRANGELLA, R. de C. P. Descolonizando a pesquisa com a criança: uma leitura pós-colonial de pesquisa. **Revista da FAAEBA: Educação e Contemporaneidade**, p. 187-197, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. **Conselho Nacional do Ministério Público**, Brasília, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Violência Intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Brasília, 2002.

NUNES, A. C. P. et al. Violência infantil no Brasil e suas consequências psicológicas: uma revisão sistemática. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 6, n. 10, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n10-392. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/18453>. Acesso em: 05 ago. 2023.

ROSSI, A.; PASSOS, E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. **Rev. Epos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 156-181, jun. 2014. Disponível

em:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2014000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 01 ago. 2023.

RATES, S. M. M. et al. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 655-665, 2015. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.15242014>

REIS, D. M.; PRATA, L. C. G.; PARRA, C. R. O impacto da violência intrafamiliar no desenvolvimento psíquico infantil. **Psicologia. pt**, v. 1, n. 1, p. 1-20, 2018.

ROMAGNOLI, R. C. O SUAS e a formação em psicologia: territórios em análise. **ECOS – Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 2, n. 1, p. 120-132, 2012. Disponível em:

<http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/683/662>. Acesso em: 07 de ago. de 2023.

SANTOS, A. M. C. C. dos. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1177-1182, 2009.

Capítulo 9

A implicação da família no processo terapêutico de crianças e adolescentes

Maycon Douglas Silva Ribeiro

Introdução

O presente relato de experiência é resultado de uma parceria na condição de Projeto de Extensão de uma Instituição de Ensino Superior do Tocantins. A prática apresenta a realidade de famílias envolvidas no processo terapêutico dos seus filhos no Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), localizado no Norte do Tocantins. Neste sentido, tornou-se relevante compreender a importância da participação da família como elemento fundamental no acompanhamento das suas crianças e adolescentes na lida terapêutica ao CAPSi, e como este processo influencia na reabilitação psicossocial e no comportamento das crianças e adolescentes-usuárias do respectivo *Centro de Atenção Psicossocial Infantil*.

Como parte da rede pública de saúde, os *Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)*, surgem e substituem os antigos hospitais psiquiátricos e consequentemente os métodos em relação ao cuidado às pessoas com transtornos mentais. Instituído pela Portaria N° 224 em 29 de janeiro do ano de 1992, é um serviço que responde às necessidades de pessoas em sofrimento psíquico com o respeito à cidadania e o tratamento em liberdade (Conselho Federal de Psicologia, 2013). Tal política pública, tem como objetivo: oferecer assistência humanizada e adequada, sendo caracterizado por favorecer serviço ambulatorial, atendimento comunitário, múltiplas atividades terapêuticas, atendimento domiciliar a famílias e aos usuários, atividades artísticas, psicoterapia individual ou em grupo, conservando caráter territorial e comunitário (Bellenzani *et al.*, 2009).

Conforme o *Conselho Federal de Psicologia (CFP)*, os CAPS são substitutivos as internações psiquiátricas, e oferecem, além de atenção à crise, um espaço de convivência e a criação de redes de relações que se alarguem para além das instituições (Conselho Federal de Psicologia, 2013. p. 27). Portanto, faz-se,

Capítulo 9 - A implicação da família no processo terapêutico de crianças e adolescentes

então, importante dizer que o(a) Psicólogo(a) do(s) CAPS promove atividades de acordo com a realidade de cada território, prevendo as condições para o seu exercício e para a intervenção profissional (Conselho Federal de Psicologia, 2013).

Nesse dispositivo de saúde mental, a família tem como finalidade a participação na construção de novos moldes de atenção à saúde mental, e de desconstruir paradigmas que possam memorar os antigos modelos de cuidado às pessoas com transtornos psiquiátricos. Sendo a referência que favorece aceitação ao processo terapêutico, transformando-se, desalienando-se e se dissociando de práticas sem o rigor ético-científico, pautando-se na liberdade e autonomia do indivíduo em sofrimento psíquico ou com transtorno mental. A família é a aliada e o meio pelo qual se desvela o histórico da criança e do adolescente nas suas mais diversas faces do desenvolvimento e sofrimento mental. Portanto, neste contexto de saúde mental, os psicólogos e as psicólogas segundo o Conselho Federal de Psicologia (2013), devem significar a possibilidade, muito menos de responder sobre a uma doença e muito mais de indicar as possibilidades de projetos a partir do que se identifica como um modo do sujeito atuar na vida, estabelecer relações e constituir sua experiência subjetiva.

No entanto, os desafios que se somam às práticas de saúde mental, correspondem com as limitações enfrentadas no processo de implementação para proporcionar atenção psicossocial condizente com as novas provocações contemporâneas. A carência de políticas e subsídios que facilitam a manutenção e continuação das atividades em saúde mental, somados a má distribuição de recursos, inferem na regularidade dos trabalhos dedicados.

Mesmo em meio ao ônus que percorre o desenvolvimento do exercício profissional, ainda assim é possível perceber alguns bônus. Não fosse a tímida mão de obra especializada, se tornaria oneroso produzir visibilidade dos aspectos subjetivos e reflexos comportamentais e não-verbais que norteiam o processo terapêutico, ou seja, não seria possível implicar a família para o acompanhamento conjunto com a equipe multiprofissional. A presença da família e do profissional sensível às necessidades e atento aos recursos disponíveis ao processo terapêutico, viabiliza melhor funcionalidade a cada demanda e mobiliza a família na busca pelo que significa e atenua as dificuldades que podem ser experimentadas.

Considerando a família como potencial protagonista da reabilitação psicossocial de suas crianças e adolescentes, é necessário apontar que esse

sistema especializado de saúde mental (CAPSi) possui as portas abertas a menor necessidade em saúde mental, é necessariamente um espaço público, a sua assistência entre a conjuntura econômica do Brasil está para as famílias em contexto de vulnerabilidade, de pobreza ou extrema pobreza, caracterizando famílias que não possuem recurso abundante para custear os espaços privados. Analisar essas características é fundamental para localizar a condição de classe do sujeito, do contexto assistencial, das atitudes e do preparo político e do aparato instrumental dos cuidadores, verificando as possibilidades de implicações (Rosa, 2005).

Contudo, a metodologia adotada para a formalização das atividades em campo consistiu em observações *in loco* permitindo uma aproximação do contexto analisado e a verificação de seus determinantes e características particulares (Shaughnessy; Zechmeister e Zechmeister, 2012). Além disso, foi realizado escutas informais individuais e em grupo no formato de rodas de conversas com as famílias e os profissionais presentes, sendo estimuladas através de algumas dinâmicas mais bem explicadas no quadro ao final onde consta o cronograma das atividades realizadas, essas estratégias viabilizaram o acesso às representações pessoais de cada sujeito permitindo conhecer a sua história, crenças ou conflitos vividos a partir de suas experiências (Bleger, 2011). Trata-se de uma análise qualitativa dos resultados obtidos, discutidos através de uma revisão integrativa da literatura, onde foram incorporadas diferentes discussões sobre o tema, fortalecendo a discussão da presente experiência obtida (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

O itinerário no Centro de Atenção Psicossocial Infantil

As atividades de observação, escutas informais e dinâmicas foram realizadas em 11 encontros no período vespertino, das 13:00 horas às 17:00 horas. O primeiro contato com o campo após a liberação do projeto de extensão ocorreu inicialmente por conhecer o contexto em análise, a história e a dinâmica de funcionamento. O segundo momento reservou-se em conhecer os profissionais, e o terceiro encontro foi para abordar as famílias que acompanham as crianças e os adolescentes e informar sobre alguns encontros que seriam executados e quais eram os objetivos propostos. Posteriormente, foram realizados 7 encontros com as famílias, sendo: 3 (três) encontros para estabelecer vínculo, 2 (dois) para aplicação de atividades dinâmicas, e 2 (dois)

para devolutivas e encerramento com as famílias presentes. O último encontro foi de encerramento das atividades em campo e devolutivas aos profissionais.

As atividades ocorreram da seguinte maneira: No segundo momento observou-se a relação da equipe multiprofissional durante as oficinas terapêuticas com as crianças e adolescentes, sendo realizadas escutas informais a partir de perguntas sobre os desafios do trabalho e as estratégias em saúde mental. O terceiro encontro serviu apenas para informar as famílias presentes sobre o projeto de extensão e convidá-los a participar e contribuir com suas experiências entre os desafios e as potencialidades de cada um dentro do respectivo espaço.

No quarto encontro foi realizada uma roda de conversa no pátio do local, onde os pais aguardavam seus filhos saírem das oficinas terapêuticas, sendo o primeiro encontro com as famílias presentes. O diálogo estabelecido foi mediado por uma dinâmica chamada “objeto da palavra” consistindo em um boneco ou boneca de pano, onde as mães e pais partilharam suas vivências, dificuldades, e o que percebiam de positivo no processo terapêutico, bem como os desafios. Alguns pais, por exemplo, relataram morar em outras cidades ou bairros distantes constatando dificuldades de acesso ao local, mas ressaltaram que compreendiam a necessidade de continuar levando seus filhos.

No quinto encontro foi realizada outra roda de conversa utilizando o “objeto da palavra” já descrito, através do qual os pais continuaram a falar livremente sobre o processo de acompanhamento terapêutico dos filhos. Foi constatado pelos relatos informais dos pais presentes e pela escuta que a maioria cruza com dificuldades em transporte pessoal ou em acessar o transporte público em virtude da ausência de dinheiro por vezes.

No sexto encontro, tornou-se necessário realizar mais uma roda de conversa para escutar novamente as famílias presentes e ao final informar que os dois próximos encontros seriam realizados algumas dinâmicas interativas, pedindo a participação de todos.

O sétimo encontro foi realizado a primeira dinâmica a qual consistiu em 15 balões com provérbios africanos dentro, os quais condiziam aos temas livres que seriam abordados no projeto e discutidos nas rodas de conversas, sendo o balão estourado pelo participante deveria ser lido em seguida e descrever o que foi entendido, possibilitando o compartilhamento de aprendizados subjetivos que poderiam servir ao grupo.

Para oitavo encontro, foi realizada a dinâmica chamada “teias de afeto” ao qual consistia no uso de barbante enrolado em formato de uma bola, tendo um

participante inicialmente segurando o objeto e falando sobre como se sente no momento, suas potencialidades e o que necessita ser aperfeiçoado, em seguida jogar o objeto para alguém, considerando que todos devem estar posicionados em círculo para que na escolha aleatória entre os participantes possa ser tecido uma teia, e ao final refletir-se que é possível obter suporte nos outros como parte do processo terapêutico e fortalecimento de redes de apoio. Ao final foi informado que o próximo encontro seria para o encerramento, porém, algumas famílias informaram que talvez poderiam não conseguir estar presente, nesse sentido foi considerado mais um encontro.

Contudo, o nono e décimo encontro ocorreu o encerramento e devolutivas ao grupo de famílias presentes, as orientações fortaleceram a continuação da participação da família no processo terapêutico dos filhos, tendo como objetivo mobilizar as famílias como sujeitos de direitos na busca por estratégias que viabilizem lógicas de cuidado. Ao final dos encontros foi servido um lanche oferecido pelo campo em parceria com o projeto de extensão. Segundo as famílias presentes, sugeriram que o projeto possa ocorrer mais vezes, pois acreditam terem sido norteados em relação ao processo.

No último, décimo primeiro encontro, foi entregue à coordenação da instituição uma carta de agradecimento pela concessão do campo para a experiência, sendo concedido devolutivas sobre o trabalho realizado e os resultados, fornecendo sugestões e orientações ao que foi observado em relação às famílias e a contribuição da equipe multiprofissional.

Panorama da instituição: história, público-alvo e características do espaço físico

O caps infantil no município do Norte do Tocantins, surgiu a partir de um olhar dos profissionais que trabalhavam no CAPS II, onde percebiam a necessidade de uma atenção psicossocial exclusiva para crianças e adolescentes. Somente no dia 20 de agosto de 2015 passou a existir o CAPS infantil, possuindo seu próprio espaço físico. Tanto o caps infantil quanto o CAPS II são de gestão Estadual. A instituição recebe suporte de doações de outras organizações e a contribuição de estagiários com projetos de extensão promovido por faculdades a partir da orientação de professores, segundo foi relatado através da entrevista com a coordenadora.

O *Centro de Atenção Psicossocial Infantil* tem como público-alvo crianças e adolescentes dos 03 (três) aos 17 (dezessete) anos e 11 (onze) meses de idade.

Os atendimentos ocorrem diariamente, pelo período das 08:00h às 12:00h, e das 13:00h às 18:00h. Na necessidade de atendimento terapêutico no CAPSi, a inserção acontece através do: 1) Acolhimento; 2) Projeto Terapêutico Singular (PTS); 3) Oficinas de Grupos Terapêuticos; 4) Psicoterapia em Grupo; e 5) Atendimento Individual. No período de 15 em 15 dias ou no período de 30 em 30 dias acontecem reuniões do Grupo de Apoio à Família (GAF). As reuniões são mediadas por todos os profissionais presentes.

O Centro de Atenção Psicossocial Infantil, é localizado em Araguaína, no norte do Tocantins, em um dos bairros nobres da cidade. Em residência terceirizada, contém 5 (cinco) salas terapêuticas, 1 (uma) brinquedoteca, 4 (quatro) banheiros sendo 1 (um) banheiro social, 1 (uma) cozinha, 1 (uma) sala de recepção, e 2 (duas) varandas. Possui uma entrada com rampa acessível para pessoas com deficiência (PCDs), e um espaço arborizado em frente às varandas, e conta com 1 (um) bebedouro com copos descartáveis na sala de recepção. Mantém disponíveis cadeiras plásticas para os usuários em todo o local livre.

Já nas salas onde ocorrem as oficinas, estão disponíveis em cada uma: 1 (uma) mesa com cadeiras comportando até 5 (cinco) pessoas, prateleiras e materiais utilizados nas oficinas como: cartolinas, lápis de cor, pincéis, giz de cera, etc., sendo uma das salas para atendimento individual contendo 1 (uma) mesa e 3 (três) cadeiras.

Caracterização dos colaboradores da instituição

A equipe é multiprofissional, composta por 20 (vinte) profissionais, sendo eles: 1 (uma) Médica Pediatra, 1 (um) Psicólogo(a), 2 (duas) Pedagogas, 3 (três) Enfermeiras, 5 (cinco) Técnicos de Enfermagem, 5 (cinco) Assistentes Administrativo, 2 (duas) colaboradoras em Serviços Gerais, e 1 (uma) Coordenadora (especialista em Psicopedagogia).

O social na psicologia: dimensões ético-políticas na experiência coletiva em saúde mental

A psicologia social nos fornece uma perspectiva sobre a relação dos indivíduos com o coletivo em que se envolvem, e interpreta como se comportam na interação social a partir de suas particularidades. Apesar de existir uma Psicologia Social explicada do ponto de vista Psicológico, e outra do ponto de vista Sociológico, ambas se preocupam com a relação que as pessoas

mantêm na esfera coletiva em que se inserem (Bock, 2008). Porém, a Psicologia Social aqui apreendida se situa nos estudos no âmbito da Psicologia, compreendendo os fenômenos sociais na sua dimensão subjetiva. Nesse método psicológico, é a análise subjetiva que nos permite alcançar as maneiras que o indivíduo vai se constituindo ou se modificando no decorrer de sua inserção e atuações sociais (Goncalves e Bock, 2003). Assim, considerando o CAPS um espaço de esforços e experiências grupais, sociais e comunitárias, é fundamental um olhar da psicologia social, importante para a compreensão dos paradigmas sociais contemporâneos.

Com essa definição, uma memorável pesquisadora brasileira Sílvia Lane (1933-2006), propôs na ciência psicológica do Brasil uma psicologia essencialmente brasileira e latino-americana, eminentemente preocupada com a situação e as formas de atuação e inserção social dos sujeitos brasileiros (Novo; Freitas, 2007). Segundo Martins (2007), Sílvia Lane propõe pensar o sujeito inserido num processo grupal no qual o homem possui uma natureza social, onde o psiquismo humano vale-se da materialidade, e a história influencia e é influenciada pelo papel ativo do ser humano. Sendo o indivíduo, histórico-social e multideterminado.

Para Martins (2007, p. 77), a autora afirma “o fato de o próprio grupo ser uma experiência histórica, que se constrói num determinado espaço e tempo, fruto das relações que vão ocorrendo no cotidiano”. Esta experiência tem em seu cerne os aspectos pessoais, características grupais, e a vivência subjetiva. Se pelo olhar de Sílvia Lane, nos dispomos a refletir sobre o grupo (ou processo grupal como é a sua perspectiva), vamos perceber que o campo aqui compreendido, torna-se um ponto histórico à medida que fabulamos o seu cenário, resgatando no ambiente através de relatos e documentos as situações que o construíram, sendo os indivíduos que ocupam o mesmo espaço: famílias, usuárias, usuários e profissionais, aos quais caracterizam o grupo.

Martins (2007, p. 77-78), sugere que “devemos considerar que todo grupo ou agrupamento existe sempre dentro de instituições, que vão desde a família, a fábrica, a universidade até o próprio Estado”. Para ele, é necessário apenas analisar que tipo de grupo é, e como ocorre a sua inserção na instituição. Nesta perspectiva, a Psicologia Social, além de estabelecer uma prática crítica à realidade social e material dos espaços, também, se manifesta na ‘administração’ e na ajeitação do(s) grupo(s).

Se a psicologia social emerge para compreender, em suma, o comportamento social dos indivíduos, Lane (2014), em seu propósito de

Psicologia Social nos compreende como seres históricos e sociais, no qual tornamos necessário estabelecer parâmetros de sobrevivência, sendo a cultura, os valores, e instituições como, por exemplo, a família e a escola, meios de continuação da nossa sociedade. Estas instituições têm caráter de “reprodução das condições sociais e do desenvolvimento da consciência social” (Lane, 2014, p. 11). Assim, a psicologia social permite viabilizar ferramentas possíveis ao indivíduo nas condições de sua realidade para se desenvolver em sociedade. Com esta proposta, Martins (2007, p. 79), diz que “desenvolver relações sociais que se efetivam através da comunicação e cooperação entre pessoas e relações em que não haja dominação de uns sobre os outros”, favorece entre os indivíduos uma identificação por carências comuns a serem satisfeitas, e que podem ser reparadas por meio de atividades planejadas em conjunto.

Dessa maneira, segundo Bielemann *et al.*, (2009), ao realizar uma avaliação por meio de um levantamento qualitativo, na fase de sua pesquisa nos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil sobre a inserção das famílias no CAPS, foi constatado dentre as várias formas de inserção da família que as atividades grupais realizadas para os responsáveis tem caráter constitutivo no processo terapêutico dos usuários, elevando significativamente a importância da família como ponto de partida principal para a reabilitação psicossocial dos usuários e fortalecimento de redes de apoio. Segundo a autora e os demais pesquisadores, a atenção humanizada torna a qualidade do processo favoravelmente assertiva. Neste sentido, conforme Bellenzani (2009, p. 6), “o ato de acolher, escutar, “estar com”, pressupõe uma disponibilidade afetiva de quem acolhe e uma capacidade a ser desenvolvida em termos de suporte e manejo”.

A relação estabelecida pelas famílias, filhas, filhos, trabalhadoras e trabalhadores com o campo/instituição, e consequentemente das relações de troca que se constituem uns com os outros, infere à família uma busca pelo seu próprio bem-estar e estabilidade frente às dificuldades. Sendo a instituição o suporte que aprimora tal busca, oferecendo o serviço com a finalidade de prevenção e controle da saúde mental, minimização do sofrimento psíquico e quaisquer estigmas que o indivíduo venha a sofrer, e em consequência promover uma melhor qualidade de vida. Entretanto, o trabalho com a família como um grupo apresenta limites na medida que a totalidade das carências sentidas pela família não se encerram pelo notável esforço das ciências (Bielemann *et al.*, 2009, p. 134). Desse modo, é necessário insistir na mobilização de estratégias junto ao Estado para continuar revertendo as dificuldades sociais.

Nota-se, quanto a Psicologia no Brasil os investimentos do *Conselho Federal de Psicologia (CFP)*, notificando através das pesquisas organizadas em Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos(os) no CAPS, e desenvolvidas pelo *Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas*, tendo a finalidade de nortear caminhos possíveis para a atuação dos(as) profissionais da Psicologia. Tal estratégia é “uma maneira de observar a presença social da(o) psicóloga(o) e do movimento da Psicologia no seu Protagonismo Social” (Conselho Federal de Psicologia, 2013, p.19). A principal difusão dessas produções é expandir informações cada vez mais qualificadas, orientando-se para novas propostas que implementam a partir de articulações políticas que possam aperfeiçoar ou inovar em políticas públicas que valorizam o sujeito em sua natureza de direitos. Portanto, é fundamental nesse sentido o desenvolvimento de pesquisas que visam produzir caminhos que repensem o papel da psicologia na sociedade.

Os impasses: problemas ético-políticos em saúde (mental)

Os espaços públicos de saúde para a população do Brasil sempre foram alvo de críticas e sugestões desde sua formação. Na criação do Ministério da Saúde em 1953 levantou-se a necessidade de um sistema único de saúde que viesse atender toda a população. Mais tarde sob a Lei Federal nº 8.080 de 1990 é criado e efetivamente regulamentado, o *Sistema Único de Saúde (SUS)*. Com isso, todo direito à saúde é favorecido somente mediante políticas públicas, segundo prevê a Constituição Federal do Brasil (Vieira e Benevides, 2016; Perreault, Carvalho e Barros, 2013). O SUS e suas estratégias de atenção à saúde como conhecemos são as portas de entrada para a adesão das políticas públicas em saúde.

Assim, a constituição brasileira de 1988 declara ser um dever do Estado prover todas as condições imprescindíveis para o pleno exercício da saúde no país (Brasil, 2002). Entretanto, o que se verifica atravessando as décadas no Brasil desde a constituição é, não plenamente estável em nossa organização política a necessidade de um planejamento sistematicamente elaborado e executado pela esfera governamental. O que é constatado é a ineficiência de técnicas já conceituadas (Conti, 2020). Apesar da complexidade que envolve a oferta de serviços de saúde no Brasil, especialmente no que tange às transformações modernas, consideravelmente algumas limitações são aceitas quanto às demandas de saúde como, por exemplo, os obstáculos tecnológicos e

a ausência dos recursos financeiros e o planejamento se mostram aceitáveis (Moimaz *et al.*, 2008; Santana, 1997).

Neste sentido, o que é compreensível sobre a carência de recursos, sejam eles naturais ou não, é o excessivo regime deficitário na governança estabelecida, podendo produzir resultados com efeitos indesejados socialmente. Assim, se os recursos são levados ao seu esgotamento e/ou utilizados de forma improdutiva, ilegalmente ou inadequado, não podendo alcançar os devidos fins orçamentários de resolutivos das dificuldades sociais, o próprio Estado com as suas inerentes políticas públicas poderá experimentar resultados insatisfatórios, e conseqüentemente impactando o processo de desenvolvimento humano (Kashiwakura e Gonçalves, 2021).

Contudo, o desafio não é apenas de recursos financeiros e tecnológicos, trata-se também de uma mão de obra especializada que possa dar conta da demanda recebida. Nessa perspectiva, o que se depreende é que a partir dessas dificuldades, um outro desafio gerado é a inaplicabilidade de capacitação direcionadas aos colaboradores da saúde mental. Sem a capacitação como formação continuada, os resultados do processo colaboram para danos no gerenciamento como as dificuldades organizacionais, acolhimento disfuncional e inferências equivocadas no trato da pessoa com transtorno mental (L'abbate, 1999). O que se constata no diagnóstico das observações, é um desprovimento substanciado pela falta de artifícios econômicos que possam oferecer uma aparelhagem que capacite os profissionais.

***“A gente faz o que pode”*: Da impotência ao universo dos possíveis**

Em relação aos recursos do espaço em particular aqui, segundo uma colaboradora, utiliza-se de recursos e ferramentas que estão à disposição e considera que não pode haver a ausência de um acolhimento que viabilize no instante do atendimento algum direcionamento às pessoas que os procuram. Assim, também entende que apesar da falta complexa de estratégias do Estado para dirimir as demandas de saúde mental, tem sido possível estimular-se a partir do que já está posto e sensibilizar os colegas profissionais à um acolhimento possível, tendo em mente uma lógica de cuidado que possa amparar sem necessariamente tornar determinado objeto que falte sendo a principal via de cuidado, ponderando que a escuta e as orientações as pessoas podem diminuir os impactos iniciais vivenciados, também. Entretanto, a colaboradora concluiu que em relação às estratégias utilizadas no espaço de

saúde mental: “*A gente faz o que pode*”, se referindo ao cotidiano no espaço e as práticas de trabalho.

Tendo em vista a complexidade das dificuldades que contornam os serviços públicos de saúde (mental) no Brasil, são notáveis os esforços dos profissionais (capacitados ou não) na condução das atividades de saúde mental. Evidentemente, as condições postas estão compulsórias pelos processos estruturais disfuncionais ao favorecimento da dissolução dos problemas sociais e em saúde (mental). Conforme Angelini e Caccia-Bava (2015), mesmo com todas as dificuldades, como se constatou através da colaboradora, é importante não se esquecer das ações de mudanças possíveis que se encontram por meio da busca dos recursos já disponíveis entre a equipe, reconhecendo apenas as limitações que podem se impor.

“*E se o meu menino tá bem, então eu fico também*”: A influência da família no processo terapêutico de crianças e adolescentes atendidos pelo centro de atenção psicossocial infantil do norte do Tocantins”.

A família é considerada como unidade de cuidado, um espaço onde os membros interagem entre si e se apoiam mutuamente. Hoje, com as transformações contemporâneas e lutas por espaço social, contamos com mais definições de família, correspondendo assim à pluralidade da vida (Piato; Alves; Martins, 2012; Bielemann *et al.*, 2009). No que tange a família inclusa no processo terapêutico de um familiar, sendo responsável por promover o contato entre o doente e os serviços de saúde existentes. Além disso, cabe a esta elaborar e redimensionar valores e expectativas relacionadas ao cotidiano e ao futuro de seu familiar com sofrimento psíquico ou transtorno mental (Bielemann *et al.*, 2009, p. 2; Schrank e Olschowsky, 2008).

Mesmo tendo em vista a participação ativa da família e condicionando-a para o cuidado do doente, trata-se também constantemente de um exercício de orientação, sensibilização e mobilização da família, quanto à elaboração das estratégias cotidianas que devem dar conta das demandas que se manifestam a partir de seu contexto de doença/transtorno mental. Segundo Rodrigues e Palma (2015), quando a família entende o que ocorre com a pessoa com transtorno mental, se torna mais compreensível enfrentar os medos, preconceitos e angústias que decorrem dessa vivência, entendendo que o indivíduo não é responsável pela sua condição. E por outro lado, ainda que limitado, a pessoa poderá levar uma vida funcional, necessitando apenas do apoio familiar e social (e do dispositivo de saúde mental) para organizar sua condição.

Desse modo, ao escutar o relato de uma mãe, quando perguntado como ela se sentia em relação ao compromisso com o processo terapêutico da sua criança, a mesma constatou em seu relato que o começo do processo terapêutico foi difícil, ao fato de resistências iniciais em aceitar o diagnóstico do filho com hipótese de Transtorno do Espectro Autista (TEA). Segundo a mãe, a mobilidade com o filho é sempre trabalhosa, considerando que ela mesma não consegue atenuar sozinha a complexidade das dificuldades do seu filho. A partir disso e algumas orientações da escola acerca da criança e a possibilidade de um dispositivo público de cuidado em saúde mental, a responsável procurou o CAPS infantil para dar início às terapias ofertadas. Segundo a mãe, lidar cotidianamente com o filho pode ser às vezes sinônimo de tristeza, porém, com as orientações terapêuticas e as vivências com outras mães no respectivo espaço enquanto espera as terapias finalizarem, tornou-se mais fácil mobilizar-se em relação ao filho, e apesar do acompanhamento sofrer outros impasses relativos à falta de transporte pessoal e as dificuldades em acessar o transporte público, o filho sempre deseja estar presente em suas terapias. Contudo, a mãe concluiu que *“se o meu menino tá bem, então eu fico também”*.

Segundo Givigi, Santos e Ramos (2011), mediante esse sistema que se coloca (em parte) aliado à responsabilidade do crescimento e desenvolvimento do indivíduo na condição de doente mental, torna-se legítimo dirimir as angústias relativas ao processo de adoecimento e processo terapêutico onde os membros envolvidos compartilham suas experiências e contagiam um ao outro. Esse tipo de rede interconexa construída (e às vezes instável), favorece as mudanças possíveis dentro de uma dinâmica em constante movimento. Assim, a família é compreendida como parte integrante do processo terapêutico e não como coadjuvante da instituição ou do terapeuta. Com este olhar é mais coeso perceber o lugar que o indivíduo ocupa nesse sistema e as relações que se estabelecem e/ou são estabelecidas com a família, e como a mesma lida com a doença mental e o processo terapêutico.

Para Gomes, Amendoeira e Martins (2012), é importante que neste ensejo seja realizada uma comunicação eficaz, reforçando na família as habilidades para as mudanças que as transformações contemporâneas exigem, tornando-as capazes de responder às exigências sociais sobre a responsabilidade de implicação na ação de reposicionar, por meio da socialização e integração, a pessoa com transtorno mental, equilibrando assim o convívio familiar e social. Dessa forma, se o dispositivo de saúde mental se atentar para uma escuta empática e uma comunicação assertiva, ponderada e esclarecedora, serão

obtidos ganhos terapêuticos em vários sentidos, tanto para o usuário(a), quanto para a família.

Por outro lado, é necessário colocar que no cerne desta implicação existem desafios que são somados aos da instituição, e não há pleno controle desses fatores sociais por parte da família. Trabalhar com famílias de baixa renda resulta em muitas limitações, a situação de pobreza é a principal causa que inviabiliza o acesso aos diversos serviços sociais públicos e privados disponíveis. No entanto, pode se tornar prejudicado o processo terapêutico, tendo em vista que o deslocamento do cuidador e do doente ao serviço de atenção psicossocial muitas vezes depende de determinado poder aquisitivo que custeie um transporte privado ou público (Rosa, 2005).

Portanto, a corresponsabilização entre família, usuário e caps torna possível a elaboração conjunta de estratégias que viabilizam autonomia e relações interpessoais que reconstrói o laço familiar e social, permitindo que a reabilitação em boa parte, protagonizada pela família, facilite a reinserção social da pessoa com transtorno mental e/ou sofrimento psíquico (Pessoa *et al.*, 2019). Porém, apesar dos desafios e a sobrecarga que o espaço de saúde eventualmente enfrenta, inviabilizando ações mais sistemáticas voltadas para a família e a rede de relações possíveis da pessoa com transtorno mental, consideravelmente existem esforços que têm superado mesmo que de maneira anômala as dificuldades que entrecruzam o cotidiano do trabalho em saúde mental (Rosa, 2005).

Contudo, entre a insalubre experiência cotidiana dos problemas sociais e socioeconômicos e estigmatizantes, a família torna-se potência de vida quando está coberta de um universo de possibilidades de sobrevivência, sobretudo, para os usuários que recebem diretamente o cuidado sistemático de acolhimento e atenção psicossocial por meio do dispositivo CAPS. A experiência com as famílias participantes em campo mostrou a complexa relação entre igualdade, desigualdade, pobreza, política e políticas públicas no Brasil.

Cronograma

Tabela 1 - Procedimentos desenvolvidos durante a atuação em campo(continua).

Data	Atividade	Materiais	Objetivo
Encontro 1	Observação e escuta informais	Agenda pessoal e caneta	Conversa com a coordenadora sobre as ações a serem executadas. E análise da história e a dinâmica de funcionamento.
Encontro 2	Observação, escutas e conversas informais com a equipe multiprofissional.	Agenda pessoal e caneta	Criando vínculo com a equipe multiprofissional.
Encontro 3	Abordando as famílias	Agenda pessoal e caneta	Informar as famílias sobre o projeto e fazer o convite para a participação.
Encontro 4	Primeiro encontro com as famílias	Cadeiras, agenda pessoal, caneta, dois bonecos de pano.	Criando vínculo com as famílias através da dinâmica “objeto da palavra”. Compreender a experiência singular e coletiva das famílias.
Encontro 5	Conversa em formato de roda de conversa	Agenda pessoal, caneta, dois bonecos de pano, cadeiras.	Compreender a experiência singular e coletiva das famílias.
Encontro 6	Conversa em formato de roda de conversa	Cadeiras, pessoal, caneta, dois bonecos de pano.	Compreender a experiência singular e coletiva das famílias.

Encontro 7	Dinâmica com as famílias presentes.	15 balões com frases em provérbios africanos retirados da internet e impresso em papel, cadeiras, agenda pessoal, caneta.	Execução coparticipativa e dialógica na transmissão de valores em saúde mental, aprendizados subjetivos direcionados ao grupo.
Encontro 8	Dinâmicas “teias de afeto” em formato de roda, em pé, com as famílias presentes.	Cadeiras, 1 (um) barbante, agenda pessoal, caneta	Formar reflexões a partir das experiências no processo terapêutico e estabelecer redes de apoio.
Encontro 9	(Encerramento 1)	Cadeiras, agenda pessoal e caneta, lanches.	Devolutivas e orientações as famílias sobre o trabalho realizado.
Encontro 10	(Encerramento 2)	Cadeiras, agenda pessoal e caneta, lanches.	Devolutivas e orientações às famílias sobre o trabalho realizado.
Encontro 11	Fechamento das atividades no campo	Carta de agradecimentos impressa em papel	Devolutivas à coordenação sobre possibilidades de atuação frente às demandas recebidas em conjunto com a família.

Fonte: Elaborado próprio autor (2019).

Conclusões

Este trabalho em especial desvelou as implicações da família no projeto terapêutico dos usuários de um caps infantil, e em contrapartida compreendeu os desafios que implicam na atuação do profissional de saúde mental, e quais são os reflexos que as dificuldades impõem no desenvolvimento funcional e sistemático da atenção psicossocial em saúde mental no respectivo ambiente, e consequentemente das famílias, onde se inscrevem a presente experiência. As observações indiretas e as escutas e conversas informais foram conectados com as literaturas disponíveis a fim de resgatar discussões já passadas sobre o tema proposto, alinhando a recente experiência que conservou reflexões

paradigmáticas com resultados de estudos significativos e teórico-práticos registrados na discussão em proposição.

Evidentemente, não se nega um esforço relevante por parte da família e do sistema de saúde mental no que se refere à atenção psicossocial e ao processo terapêutico do participante. O que se constatou através das conversas informais foram entraves complexos na gestão de estado da política pública em evidência, o que impacta no processo de capacitação dos profissionais e o fornecimento de uma atenção psicossocial sistematicamente funcional, na qual a família, usuários e colaboradores se beneficiam. Constatou-se nas conversas informais que as famílias reconhecem ser parte importante na adesão do projeto terapêutico do serviço de saúde mental. E junto a isso, o CAPS se torna um dispositivo de coparticipação no desenvolvimento e reinserção dos usuários na vida social. Desse modo, não só o sujeito usuário da política se vê mobilizado, mas também a família quando na busca por bem-estar individual e social.

Quando não existem desafios socioeconômicos e desigualdades sociais, e articulações políticas alienantes dos direitos básicos para a sobrevivência, torna-se mais amistoso o processo de inclusão das famílias à jornada terapêutica dos usuários, bem como, também se torna operacional e munido os profissionais de saúde mental, considerando que o próprio modelo estratégico atual da saúde mental já imputa processos de discriminação e desumanização, estabelecendo uma reforma psiquiátrica que deve trabalhar na garantia da liberdade, autonomia, humanização e igualdade daqueles que possuem a necessidade de tal atenção. Contudo, esse contexto nos permitiu elucidar a produção, sistematizações, impasses, articulações e processos de subjetivação produzidos pelas famílias ao longo da sua trajetória individual e social na direção do acompanhamento terapêutico dos seus filhos. A presente experiência e análise qualitativa, ainda que tímidos, desperta e incentiva olhares sensíveis para um manejo que preestabeleça vínculos que possam dirimir obstáculos como os que foram versados neste trabalho.

Referências

ANGELINI, C.R; CACCIA-BRAVA, M.C.G. “A gente sente que precisa e pode...”: os desafios para a inclusão da saúde mental na Atenção Básica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, n.10, v.36, 2015, 1-9.

BELLENZANI, R; COUTINHO, M. K. A. R. G; CHAVEIRO, M. M. R. S. AS PRÁTICAS GRUPAIS EM UM CAPS - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: SUA RELEVÂNCIA E O RISCO DE IATROGENIAS. In: XV ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOLOGIA SOCIAL. 2009, Maceió. **Anais eletrônicos/área saúde:** Psicologia Social e Políticas de Existência: Fronteiras e Conflitos. Maceió: ABRAPSO, 2009. Disponível em: <http://abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/322.%20as%20pr%20C1ticas%20grupais%20em%20um%20caps.pdf>.

BIELEMANN, Valquíria de Lourdes Machado *et al.* A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.1, 2009, p.131-139.

BRASIL, Constituição. (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/1994 e pelas Emendas Constitucionais nº 1/1992 a 38/2002. Brasília: Senado Federal, 2002.

BLEGER, J. A entrevista psicológica. In: Temas de Psicologia: Entrevistas e grupos. Martins Fontes: 2011. p. 1-4.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) nos CAPS - Centro de Atenção Psicossocial.** Brasília: CFP, 2013.

CONTI, J.M. O planejamento orçamentário da administração pública no Brasil. In: O planejamento orçamentário da administração pública no Brasil, ed. 1, São Paulo: Blucher, 2020, p. 22-25.

GONÇALVES, M.G.M; BOCK, A.M.B. Indivíduo-sociedade: uma relação importante na psicologia social. In: BOCK, A.M.B. (Org). A perspectiva sócio-histórica na formação em Psicologia. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 41-41.

GIVIGI, R.C.N.; SANTOS, A.S; RAMOS, G.O. Um novo olhar sobre a participação da família no processo terapêutico. São Paulo: Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 22, n. 3, 2011, p. 221-228.

GOMES, F; AMENDOEIRA, J; MARTINS, M. A comunicação no processo terapêutico das famílias de doentes mentais. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, v. 7, 2012, p. 54-60. Disponível em: <<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/31307/1/A%20comunica%20a%20no%20processo%20terapeutico%20das%20fam%20adlias%20de%20doentes%20mentais.pdf>>.

KASHIWAKURA, H.K; GONÇALVES, A.O. A governança dos recursos públicos da saúde no Brasil. Brasília: Caderno de Finanças Públicas, v. 21, n.2, 2021, p. 1-50. Disponível em: <<https://publicacoes.tesouro.gov.br/index.php/cadernos/article/view/142/142>>.

LANE, Silvia. T. M. **O que é Psicologia Social**. São Paulo: Brasiliense, 2014.

L'ABBATE, S. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, v. 15, n. 2, 1999, p. 15-27.

MARTINS, Sueli. T. F. Psicologia Social e Processo Grupal: A Coerência entre Fazer, Pensar e Sentir em Sílvia Lane. **Psicologia & Sociedade**, Minas Gerais, v. 19, n. 2, p. 76-82, set. 2007.

MIELKE, F.B; KOHLRAUSCH, E; OLSCHOWSKY, A; SCHNEIDER, J.F. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, 2010, p. 761-765.

MOIMAZ, S.A.S; GARBIN, C.A.S; GARBIN, A.J.Í; FERREIRA, N.F; GONÇALVES, P.E. Desafios e dificuldades do financiamento em saúde bucal: uma análise qualitativa. Rio de Janeiro: **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 6, 2008, p. 1121-1135.

NOVO, H.A; FREITAS, M.F.Q. A guerreira Silvia Lane e suas lições de “paciência histórica”: um depoimento emocionado. **Psicologia e Sociedade**, v. 19, n. 2, 2007. p. 31-36.

PERREAULT, M; CARVALHO, E.R; BARROS, F.P.C. O direito à saúde como um dos principais determinantes sociais da saúde. **Revista de Enfermagem** da UFSM, v. 4, 2013, p. 719-728.

PIATO, R.S; ALVES, R.N; MARTINS, S.R.C. Conceito de família na pós-modernidade. Universidade Estadual de Maringá: Anais V CPISI, **Congresso Internacional de Psicologia** - Psicologia: de onde viemos, para onde vamos?, 2012, p. 1-16. Disponível em: <<http://www.eventos.uem.br/index.php/cipsi/2012/paper/viewPaper/573>>.

PESSOA, G.M.F; BRAGA, S.A; SOBREIRA, M.V.S; SANTOS, E.L; ANDRADE, A.L.F; TOFÓLI, A.M.M.A. A importância da inclusão da família no tratamento do usuário no centro de atenção psicossocial. João Pessoa: **Temas em Saúde**, v. 19, n. 4, 2019, p. 231-242. Disponível em: <<https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2019/09/19414.pdf>>.

RODRIGUES, A; PALMA, D.L. **A influência da inclusão da família no processo terapêutico de pacientes com transtornos mentais atendidos pelo centro de atenção psicossocial em uma cidade do meio-oeste catarinense**. Disponível em: <<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2015/01/Artigo-Aline-Rodrigues1.pdf>>.

ROSA, L.C.S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. Belo Horizonte: **Psicologia em Revista**, v. 11, n. 18, 2005, p. 205-218.

SHAUGHNESSY, J.J; ZECHMEISTER, E.B; ZECHMEISTER, J.S. Métodos observacionais diretos. In: **Metodologia de pesquisa em psicologia**. 9. ed. Porto Alegre: AMGH, 2012. p. 109-109.

SANTANA, J. P. (Org.). Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), 1997. 93p.

SCHRANK, G; OLSCHOWSKY, A. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. São Paulo: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 1, 2008, p. 127-134.

VIEIRA, F.S; BENEVIDES, RP.S. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v. 10, n. 3, 2016, p. 1-28.

Capítulo 10

Aspectos da saúde mental de cuidadores e suas repercussões na violência contra idosos

Bruna Teixeira da Costa
Ana Meirellen Souza França
Emille Macedo Braga
Enzo Pietro Oliveira Almeida
Fernanda de Santana Rabelo
Heloísa Heim
Lara Rodrigues Santos Silva
Thayris Queiroz Silva
Laura Regia Oliveira Cordeiro

A transição demográfica e epidemiológica, dos últimos anos, vem definindo um cenário de envelhecimento populacional em nível mundial. Neste contexto, surge a presença dos cuidadores como personagens importantes para a promoção da qualidade de vida dessa população. todavia, quando esses cuidadores enfrentam problemas de saúde mental, a situação pode se tornar desafiadora e potencialmente prejudicial para o bem-estar do idoso (Karsch, 2003).

O cuidado com o idoso exige um alto nível de dedicação, paciência e empatia por parte dos cuidadores. Quando estão lidando com transtornos psiquiátricos não tratados ou mal gerenciados, a dinâmica do cuidado pode se tornar problemática, resultando em abusos físicos, emocionais ou financeiros contra os idosos sob seus cuidados. O abuso dos idosos pode ocorrer em diversos contextos, incluindo aqueles em que os próprios cuidadores apresentam problemas de saúde mental ou física. Transtornos como depressão, ansiedade, estresse pós-traumático e transtornos relacionados ao uso de substâncias podem comprometer sua habilidade de tomar decisões racionais, lidar com o estresse e controlar suas emoções, o que influencia na capacidade do cuidador fornecer cuidados adequados e atentos ao idoso, o que pode levar a situações de negligência ou abuso (Fang; Liu e Yan, 2021).

Segundo Schulz e Sherwood (2008, *apud* Park, 2020), o prestar de cuidados intensivos, sobretudo para pacientes com deficiências físicas ou cognitivas mais avançadas, é utilizado com frequência como exemplo de experiência de estresse crônico, na qual, os indivíduos cuidadores, costumam relatar doenças físicas como fadiga e dores corporais típicas da sobrecarga do cuidador (Park, 2020).

Influências da tarefa de cuidador na estrutura psicológica do indivíduo

O formato de cuidado informal é o modelo de assistência aos idosos mais frequentemente utilizado por parentes do indivíduo doente, possivelmente por conta dos valores culturais associados, falta de serviços adequados de cuidados formais ou pela escassez de recursos financeiros para contratar um cuidador ou um serviço formal de *home care* (Mendes *et al.*, 2019).

Tendo em vista a gama de responsabilidades aplicadas sobre o cuidador, familiar ou estranho, tal indivíduo pode experimentar situações desgastantes e de sobrecarga, quando consideradas as horas de trabalho seguidas (Gratao *et al.*, 2012). Em decorrência do aumento do estresse decorrente da elevação da carga horária de trabalho, há uma alteração dos processos neuro-hormonais e uma atividade inflamatória maior, aumentando o risco de morbidade e mortalidade entre cuidadores (Geng *et al.*, 2018).

No estudo transversal realizado por Ceccon *et al.*, (2021), com o objetivo de identificar características sociodemográficas e assistenciais de idosos dependentes, cuidadores formais e familiares em municípios de diferentes estados brasileiros mostraram características que apontam vulnerabilidades sociais, emocionais e individuais. Tais fatores denotam a precariedade do exercício da função de cuidador, demarcada por sobrecargas, adoecimentos e desigualdades.

De acordo com Riffin *et al.*, (2019), várias pesquisas apresentaram relações diretas significativas da logística de sistemas de saúde e atividades de cuidado em saúde com a sobrecarga física e emocional, tendo como efeitos adversos: restrições à participação social, prejuízos de produtividade no trabalho não associado ao cuidado e problemas de saúde agudos ou crônicos.

Dessa forma, Geng *et al.*, (2018), demonstraram em sua meta-análise resultados de prevalência de ansiedade e depressão em cuidadores de pacientes com câncer de aproximadamente 42,30% e 46,55%, respectivamente, em

21.149 cuidadores estudados. Com isso, os autores observaram várias associações identificadas como influenciadoras no desenvolvimento de transtornos de ansiedade e de humor, como: a qualidade do sono do cuidador, sobrecarga de trabalho, duração do cuidado, cuidador com doença crônica, problemas financeiros particulares e ser do sexo feminino (Geng *et al.*, 2018).

Em consonância, a partir de uma análise de coorte para examinar a sobrecarga do cuidador de uma perspectiva multifatorial, com uma amostra total ponderada de 14.977.000 cuidadores, Riffini *et al.*, (2019), relataram que 21,1% dos cuidadores apresentavam saúde física precária; cerca de 13% discorreram sobre sintomas de depressão ou ansiedade e o tempo de médio de prestação de serviços de ajuda ao receptor de cuidado semanal foi de 18,3 horas. Além disso, a partir de um modelo multivariável, os autores denotaram que o cuidador ser do sexo feminino, ser filho adulto, ter autoavaliação de saúde regular ou ruim, sintomas de ansiedade e uso de cuidados temporários, se mostraram significativamente associados à sobrecarga (Riffini *et al.*, 2019).

Não obstante, a sobrecarga do cuidar aparece em diversos estudos associados a características do paciente, como: estágio avançado da doença, declínio da capacidade funcional, pacientes que precisam de um grau de assistência maior em atividades de vida diárias, aumento do estresse psicológico e aumento da dor devido à patologia de base ou consequências secundárias associadas a ela. Ademais, principalmente se tratando de cuidadores informais não remunerados há dificuldade de gerir os cuidados ao paciente. Em conjunto com a vida doméstica e particular, o cuidador quase não consegue estabelecer um tempo de prioridade para si, suas atividades sociais e seus próprios cuidados em saúde ou a busca de uma rede de suporte (Delalibera *et al.*, 2015).

Nessa perspectiva, em um estudo transversal descritivo no qual foi aplicada a escala Zarit para identificar o nível de sobrecarga dos cuidadores e analisar os fatores associados ao cuidado familiar em saúde mental, realizado por Pérez e Marqués (2018), observou-se aproximadamente 74% dos entrevistados com um nível de sobrecarga grave, enquanto 9,3% foram enquadrados em sobrecarga leve e 16,4% não apontaram níveis de sobrecarga.

Fuhrmann *et al.*, (2015), a partir de seu estudo transversal com dados secundários, para caracterizar idosos dependentes, seus principais cuidadores familiares e a associação entre a capacidade funcional dos idosos e a sobrecarga dos cuidadores, notou quase metade da amostra incluída na pesquisa apresentou sobrecarga moderada. Foram destacados três pontos principais de influência nos

resultados: estado civil dos cuidadores, nível de escolaridade e o local de residência destes.

Os indivíduos casados, apesar de apresentarem um aumento discreto de sobrecarga por conta do acúmulo de atividades e responsabilidades, denotaram pontos positivos ao fato de obter apoio de terceiros para suas atividades. No que se refere ao nível de escolaridade, Fuhmann *et al.*, (2015), inferiram que mais anos de estudo ajudam a diminuir a sobrecarga, uma vez que os cuidadores adquirem melhor compreensão acerca das orientações que lhes são fornecidas pelos profissionais médicos e enfermeiros, e, dessa maneira, obtêm mais facilidades para cuidar de outras pessoas. No entanto, ao analisarem o local de residência, na qual, em sua amostra, 65% residiam com o receptor do cuidado, constataram que, apesar de ser benéfico ao paciente, por ter suas demandas facilmente resolvidas pelo cuidador, o profissional ou informal, tornam-se expostos diariamente aos efeitos do cuidado, tendo em vista ao aumento da magnitude da quantidade de demandas e dedicação ao serviço (Fuhmann *et al.*, 2015).

De maneira semelhante, Vinas-Diez *et al.*, (2019), em seu estudo com amostra composta por 127 cuidadores familiares de pessoas com doença de Alzheimer, em seguimento de 24 meses, para explorar os fatores associados à sintomatologia depressiva e sobrecarga no cuidador principal, relatou que as variáveis associadas à sobrecarga foram constituídas por: escolaridade e pior saúde mental do cuidador principal, corroborando com pesquisas anteriores; alterações comportamentais e dependência funcional do paciente. Além disso, observou-se que a pior saúde física influenciou apenas na depressão nos estágios iniciais de desenvolvimento do transtorno, se opondo, portanto, a diversos estudos que destacaram a importância da associação da saúde física aos sintomas depressivos (Vinas-Diez *et al.*, 2019).

Ao relacionar a depressão com sobrecarga em cuidadores primários de idosos com dependência física, como realizado por Navarro-Sandoval *et al.* (2017) em sua pesquisa de metodologia transversal e descritiva, têm-se que a maioria dos cuidadores primários que convivem com situações de sobrecarga intensa apresentam algum grau de depressão.

De maneira semelhante, Schein *et al.*, (2022), em uma análise retrospectiva de dados relatados por médicos e cuidadores não profissionais para avaliar a associação da gravidade da agitação em pacientes com demência, relataram a partir de sua amostra de 1.349 pacientes, uma maior agitação do paciente significativamente interligada com o aumento da sobrecarga total,

tensão pessoal, tensão de culpa e de responsabilidade do cuidador. Os cuidadores se colocam em uma posição psicológica de preocupação em relação a dúvidas de ter cumprido com o seu papel, de forma efetiva ou com qualidade (Schein *et al.*, 2022).

Em condições clínicas de saúde de graus de severidade mais elevados, como câncer, os cuidadores frequentemente relatam desgaste físico e emocional ao prestarem atividades de cuidado em decorrência da falta de confiança e preparação para atuar em situações de alta complexidade. Por esse motivo, o fornecimento de um treinamento aprimorado pode promover uma melhor eficácia no manejo dos sintomas dos pacientes (Hendrix *et al.*, 2016). Educação e suporte voltados para indivíduos profissionais de assistência direta foram uma das principais recomendações feitas pelo *Institute of Medicine* em seu relatório de 2008: *Retooling for na Anging America: Building the Health Care Workforce* (Phillips *et al.*, 2016). Um exemplo de efetividade é demonstrado em um estudo controlado randomizado por Hendrix *et al.*, (2016) ao examinar os efeitos de um protocolo de treinamento de cuidador informal aprimorado no gerenciamento de sintomas de câncer dos pacientes e seu próprio estresse pelo cuidador. Os pesquisadores relataram que, após a intervenção com o treinamento, os cuidadores randomizados obtiveram um nível significativamente mais alto de autoeficácia para controlar os sintomas de câncer dos pacientes e o seu estresse. Em congruência, os sintomas depressivos e a ansiedade dos cuidadores melhoraram desde o início do treinamento até o acompanhamento de um período de duas semanas. Porém, não houve mudanças ao longo do tempo na carga do cuidador (Hendrix *et al.*, 2016).

Além do treinamento, outro ponto regulador à manutenção de redução da sobrecarga sobre cuidadores, sobretudo familiares, é o estabelecimento de uma rede de apoio. Isso reduz implicações negativas ao ato de cuidar, como o fato de encontrar auxílio para o desempenho de situações diárias ou o manejo de crises. Portanto, o fortalecimento de uma rede de apoio familiar propicia interações benéficas e estratégicas de enfrentamento mais resolutivos frente a problemas referentes à doença do paciente (Cardoso *et al.*, 2019).

No contexto da pandemia de COVID-19, para minimizar o impacto na saúde mental dos cuidadores familiares de pessoas com demência, uma pesquisa realizada por Mattos *et al.* (2021) através do grupo virtual de apoio aos cuidadores familiares, mostrou que o estabelecimento do grupo se mostrou uma forte ferramenta de orientações e informações sobre a patologia, formas de cuidado e ações voltadas para o autocuidado do cuidador, ocasionando impacto

positivo em seu estado emocional e bem-estar, com redução da sensação de isolamento propiciado e agravado pela pandemia de COVID-19 (Mattos *et al.*, 2021).

Resultados evidenciam, ainda, que a percepção de sobrecarga exerce uma influência mais significativa na qualidade de vida do cuidador idoso se comparado às necessidades de cuidado relacionadas ao idoso dependente (Flesh *et al.*, 2020). Ao contrário da maioria dos estudos que se concentram na autoavaliação de saúde atual, na avaliação feita por Flesch *et al.* (2020), a percepção de um declínio na saúde se mostrou mais relevante do que a percepção da saúde presente. Considerando que a fragilidade é um desfecho esperado ao longo do processo de envelhecimento, a utilização da percepção de mudanças na saúde se torna mais apropriada ao investigar-se cuidadores idosos (Flesch *et al.*, 2020).

É fundamental, ainda, reconhecer a existência dos cuidadores de pessoas com doenças mentais cujas vivências se deparam com desafios distintos, mas igualmente relevantes. Assim, a meta-análise de Cham *et al.* (2022) foi a primeira revisão sistemática sobre o tema, percebendo que a prevalência de sobrecarga entre cuidadores de pacientes com doenças mentais foi comparável àquela relatada para pacientes com Alzheimer, apesar de existir uma carência de estudos de coorte sobre o tema e muitos estudos incluírem alto risco de viés.

Dessa forma, segundo os estudos citados, o exercer do cuidado traz consigo a possibilidade, especialmente a longo prazo, do desenvolvimento de problemas de saúde, tanto físicos quanto psicológicos, desencadeados pela tensão constante da responsabilidade por outra vida e pela ausência de redes de apoio e de recursos disponíveis, para o exercer do cuidado. Afinal, um estudo de Solimando *et al.* (2022) ao analisar artigos com informações sobre 1209 cuidadores, mostrou uma taxa de ideação suicida de 32.32%. Outro dado importante que o estudo traz é que a cada ano a menos na faixa etária do cuidador, há um aumento em 5% a taxa de ideação, sugerindo que pessoas mais jovens precisam de um suporte maior, contrário ao que se imaginaria o senso comum e que corrobora as informações de Flesch *et al.* (2020). Essa realidade ressalta a importância de abordar a saúde dos cuidadores e implementar medidas de suporte efetivas a fim de mitigar os impactos adversos dessa atividade de cuidado e promover o bem-estar desses indivíduos.

Mecanismos da sobrecarga física e emocional no desenvolvimento da violência contra o idoso

O papel de cuidador resulta em uma menor qualidade de vida, sobrecarga física, emocional e problemas de saúde (Sousa *et al.*, 2021). Na maioria dos casos, o idoso sob cuidado se encontra em dependência total ou parcial, necessitando de maior atenção devido a distúrbios de comportamento; mudanças fisiológicas e biológicas significativas, que resultam na diminuição da autonomia; o uso de diversos medicamentos e/ou na necessidade de acompanhamento por profissionais especializados (Carvalho *et. al.*, 2019; Bom, Sá e Cardoso, 2017).

Através de um estudo transversal chinês com 953 cuidadores de idosos em casas de repouso, realizado por Yang *et. al.* (2021), foi possível identificar que 19,4 % da amostra relatou depressão e 44% referiram ansiedade. Essas estatísticas se relacionam ao horário de trabalho, estado de saúde, renda, personalidade e/ou condição de saúde prévia daquele cuidador - fatores relevantes na contribuição do impacto na prática da atividade do cuidador e da sua saúde.

Em uma investigação qualitativa realizada por Couto, Castro e Caldas (2016), foram entrevistados 9 cuidadores familiares de idosos em contexto domiciliar. Como aspectos negativos, os mecanismos apontados que levaram à sobrecarga física foram: dar banho, trocar fraldas, transferir e mudar o idoso de posição. Sobre a sobrecarga emocional, foram agravantes: sintomas de irritabilidade, nervosismo, estresse, tensão, tristeza, choro, frustração e angústia. Foi identificada também a falta e/ou perda de paciência dos cuidadores como elemento de risco para a violência, pois boa parte do seu tempo fica dedicado às atividades citadas, além de serem assumidas as funções sociais previamente desempenhadas pelo idoso (Perdigão, Almeida e Assis, 2016).

A escolha do cuidador é outro fator de influência na relação com o idoso. A pessoa direcionada para exercer esse papel comumente é alguém da família, sem preparo para a atividade. Na sua maioria são mulheres que se encontram na meia-idade, as quais já apresentam problemas de saúde (Júnior *et. al.*, 2007). Considera-se também a influência do tipo de relação mantida com o idoso ao longo da vida. Relações negativas podem favorecer a negligência nos cuidados oferecidos a ele (Rodríguez, 2016).

A violência acontece majoritariamente no próprio ambiente domiciliar, sendo cometida pelos prestadores de cuidados. Em relação aos fatores que

favorecem a agressividade, tem-se: o nível de estresse e isolamento, o uso de álcool ou abuso de drogas, nível de dependência do idoso, sobrecarga do cuidador e problemas econômicos ou dependência econômica da vítima (Lino *et. al.*, 2019).

A inclusão do cuidador como foco de atenção para desenvolver estratégias contra a violência tem importância devido aos favorecedores de situações de violência mencionadas. Abarcá-lo no processo de cuidado e nas políticas públicas resultará como forma de ações preventivas de violência contra o idoso. Com essa finalidade, possíveis vias de incremento da saúde mental do cuidador são: a atuação de grupos que trabalhem sobre a promoção do autocuidado dessas pessoas, a inclusão das necessidades do cuidador nos atendimentos e consequente orientação aos profissionais de saúde para que contemplem essas pessoas, o incentivo ao desenvolvimento de atividades que trabalhem a integração familiar, o fornecimento de suporte aos familiares e a orientação aos cuidadores sobre como fornecer uma assistência mais efetiva àqueles sob seus cuidados (Couto, Castro e Caldas, 2016; Carvalho *et. al.*, 2019; Lino *et. al.*, 2019; Rodrigues, 2016).

A saúde do cuidador e o isolamento na violência contra o idoso

As alterações decorrentes do processo de envelhecimento reorientam a dinâmica dos indivíduos envolvidos, de forma que o cuidador passa a vivenciar emoções ambíguas, resultantes de: estados de humor oscilante, dificuldade em conciliar as demandas, hipossuficiência financeira, negligência da própria saúde, sobrecarga nas tarefas e insegurança pela falta de suporte e experiência. Em contrapartida, há o idoso, que ao perder a independência lida com sentimentos conflitantes, pois além de se perceber vulnerável, encontra-se necessitado de auxílio em situações anteriormente solucionadas com autonomia (OMS, 2015; Faller *et al.*, 2017; Trindade *et al.*, 2013).

Assim, seja de forma abrupta ou progressiva, é um desafio presenciar a perda de habilidades e mudanças consideráveis no comportamento do idoso, e a partir de tantas transformações, não é incomum o estabelecimento de um processo de mútua dependência, entre o senil e o cuidador, especialmente em casos em que não há assistência alternada. Como consequência, pode haver a ocorrência da infantilização do idoso, o qual é invalidado e se torna junto ao familiar, vítima de isolamento; afinal, a socialização e a interação com outros

perdem a prioridade a partir das novas necessidades de adaptação (Nascimento *et al.*, 2019).

Cuidadores sobrecarregados emocionalmente e com poucas estratégias de enfrentamento adequadas podem descontar suas frustrações e emoções negativas no idoso, resultando em comportamentos abusivos, como humilhação, insultos e ameaças verbais (Fang *et al.*, 2021).

Ademais, a falta de tempo para o autocuidado do cuidador faz com que esses possam se sentir esgotados e sobrecarregados, afetando negativamente a qualidade do cuidado prestado ao idoso. O próprio isolamento social a que são submetidos gera nos cuidadores um maior estresse e uma sensação de falta de suporte emocional, o que pode afetar negativamente sua capacidade de prestar um cuidado adequado ao idoso (Fang *et al.*, 2021).

O distanciamento social propicia o estresse e a sobrecarga, além de aumentar o risco de desenvolvimento de sofrimento mental, uma vez que pode se fazer presente a solidão, nervosismo, tristeza, desamparo, invalidez e até mesmo a privação do sono, e estes agravos podem ser ainda mais complexo ao considerar a adoção de comportamentos de risco à saúde, como o aumento ou início de consumo de drogas ilícitas e lícitas, surtos psicóticos, quadros depressivos e ansiosos e até mesmo tentativas de suicídio. Dessa maneira, a reclusão pode agravar ou provocar o surgimento de fragilidades tanto em quem cuida quanto em quem é cuidado (Ornell *et al.*, 2020).

O cuidador pode passar a se relegar a um segundo plano, sobretudo por se encontrar em uma espécie de simbiose junto ao idoso. Nessa situação, não é incomum o adoecimento durante o exercício do cuidado, sobretudo diante da incapacidade de reconhecer o próprio sofrimento, pois não se identifica a distinção entre afeto e trabalho. Consequentemente, os cuidadores não compreendem a estafa física e mental que os assola, mesmo diante do zelo e a vontade de proteger aqueles de quem cuidam (Yavo e Campos, 2016).

No que diz respeito ao idoso, o isolamento se vincula à escassez de relações humanas e contatos regulares com pessoas para além de quem os cuida, assim, a rede social é reduzida e em concomitância há insuficiência na oferta de apoio emocional, informativo e instrumental. Posto isto, na terceira idade, o ato de se isolar não ocorre de forma voluntária, mas por intermédio de barreiras nas conexões coletivas. Para além, o distanciamento acarreta desfechos negativos para o bem-estar, de tal modo que é passível de ocorrer o comprometimento da saúde mental, pois a insatisfação, o etarismo, a perda da socialização, a falta

de contato com ambiente externo e o sedentarismo ampliam os riscos para depressão e ansiedade (Bezerra *et al.*, 2021; Shankar *et al.*, 2015)

Cuidadores com transtornos psiquiátricos na violência contra o idoso

A sobrecarga do cuidador tem sido associada especialmente ao seu adoecimento psíquico. Felipe *et al.* (2020), ao realizarem um estudo analítico com 114 participantes, no município de Teresina (PI), no período de novembro de 2017 a fevereiro de 2018, constataram que 18,4% dos cuidadores apresentaram sintomas depressivos e 14%, ansiedade moderada a severa. Acrescenta-se, ainda, que 44,7% faziam uso de medicamentos de forma contínua e 76,3% descreveram o aparecimento de dores no corpo, as quais subsistiram após a prestação de cuidados ao idoso. Quando o cuidador está sobrecarregado, sua capacidade de discernimento é comprometida, afetando a segurança e bem-estar daquele sob seus cuidados (Paula, Roque e Araújo, 2008). A sobrecarga emocional e física enfrentadas pelo cuidador pode, então, gerar um alto nível de estresse e ansiedade. O trabalho demanda energia e dedicação, sendo o fator que leva à exaustão e ao desenvolvimento ou agravamento de transtornos psiquiátricos, como depressão, ansiedade, estresse pós-traumático ou transtornos relacionados ao uso de substâncias (Bezerra, Oliveira e Dias, 2020).

Cuidadores em uso de drogas/entorpecentes e a violência contra a pessoa idosa

Observa-se uma lacuna de dados estatísticos na literatura que retratam de forma precisa qual o impacto do uso de álcool e outras drogas (AD) por cuidadores e/ou familiares de idosos no Brasil. Entretanto, dados de estudos brasileiros, regionais e estrangeiros, permitem afirmar que o uso dessas substâncias é um importante fator contribuinte para a ocorrência de violência contra essa população. Na literatura é descrito que em mais de 50% dos lares em que os familiares das vítimas são usuários de AD ocorrem abuso físico ou emocional (Soares *et al.*, 2021). Em um estudo realizado no Ceará por Souza, Freitas e Queiroz (2007), foram analisadas 57 denúncias de agressão realizadas no primeiro semestre de 2005, sendo que 55 (96%) tiveram como autores familiares usuários de AD.

Em uma revisão sistemática realizada por Soares *et al.* (2021), 85,71% dos artigos analisados relacionam o uso de álcool com a ocorrência de violência intradomiciliar. Tal dado pode estar relacionado com a melhor aceitação social do consumo de álcool quando comparado com outras substâncias, principalmente ilícitas, também ligado a um volume maior de artigos que especificam o uso dessa substância em detrimento a outras (Soares *et al.*, 2021). Em relação ao perfil do agressor, a maior parte dos estudos apontam uma prevalência no sexo masculino, geralmente filho ou cônjuge da vítima (Soares *et al.*, 2021; Conrad, Liu e Iris, 2019; *American Addiction Centers*).

O uso de substâncias contribui não somente para o aumento da frequência de novos episódios de agressão, como também para o aumento da gravidade dos episódios (Soares *et al.*, 2021). Dessa forma, o uso de substâncias pode se enquadrar como um fator: propiciador, influenciador, motivador ou desencadeador. Quanto às formas de violência, a literatura aponta que o uso de AD pode ocasionar em múltiplas formas de abuso: violência física, abuso emocional, exploração financeira e negligência, dentre outras (Soares *et al.*, 2021).

A intoxicação pelo uso de substâncias isoladamente não causa violência, mas aumenta a chance de alguns indivíduos desempenharem tal ato, entretanto vale destacar que a análise dos fatores que levam à ocorrência de violência contra idosos é multidimensional. Posto isso, a seguir encontram-se algumas teorias formuladas por pesquisadores para explicar o efeito do álcool no comportamento humano, levando ao aumento de agressões: “Miopia alcoólica”. Quando intoxicado o indivíduo tende a ter um “foco estreito”, ou seja, pode dar atenção demasiada à detalhes, sem considerar o contexto geral, o que pode fazer com que ele interprete as situações de forma distorcida; Hipótese da desinibição - O álcool inibe áreas cerebrais envolvidas na supressão de comportamentos impulsivos, o que facilita a ocorrência de atos que seriam suprimidos em situações sem a influência de substâncias, tal como comportamentos agressivos frente a determinadas situações; Danos ao funcionamento cognitivo - O álcool atrapalha o processamento cognitivo, atrapalhando em funções como: resoluções de problemas, realização de boas decisões e controle emocional.

Influência do aporte financeiro na saúde mental do cuidador e da pessoa idosa

A situação de dependência a que fica submetido o idoso quando dependente leva à alteração da dinâmica de renda individual e familiar. No que diz respeito aos cuidados de idosos feitos por familiares, observa-se um impacto de destaque na organização financeira para aqueles cuidadores com menor tempo de formação acadêmica. Ademais, os níveis de estresse estão associados a um impacto negativo sobre a vida financeira das famílias com idosos dependentes. Cuidadores com maiores níveis de estresse demonstraram menor habilidade no controle de suas finanças e menor estima em relação ao idoso (Chang *et al.*, 2016). Custos financeiros associados aos cuidados familiares demonstraram agravar a sobrecarga do cuidador (Lai, 2012).

Níveis elevados de estresse podem resultar em cuidadores com maior dificuldade de manejar suas vidas financeiras (Chang *et al.*, 2016). A renda individual dos cuidadores previamente debilitada parece estar associada à percepção de um menor suporte financeiro advindo de outros familiares nos cuidados com o idoso. Valores de renda pessoal acima de \$4.000 assinalam melhora na percepção de desamparo, assim como rendas maiores ou iguais a \$2.000 demonstram maior comprometimento físico e psicológico associados (Chang *et al.*, 2016). Além disso, a incerteza com os gastos está relacionada a maior insegurança e à maior predisposição à ansiedade (Yang *et al.*, 2021).

Outro fator associado é o da relação conjugal dos cuidadores. Aqueles que são casados com o idoso sob cuidados, sofrem maior impacto financeiro e realizam menos atividades para alívio do estresse (Armstrong *et al.*, 2019).

A violência financeira foi reportada em mais da metade das vítimas idosas em um estudo feito com a população de idosos que reportou estar em situação de violência em Portugal. Dentre as citadas, a violência financeira ficou em 3º lugar, estando atrás apenas da física e psicológica (Gil *et al.*, 2015). No Brasil, um estudo realizado em Florianópolis relatou a violência financeira como a segunda forma de violência mais comum entre idosos (Bolsoni *et al.*, 2016).

Na Austrália, ainda, um estudo feito com organizações que prestavam serviços a idosos identificou que abusos financeiros praticados por membros próximos da família, em especial, resultam em dificuldade na localização de idosos que sofriam esse tipo de violência. O principal motivador para esse fenômeno é a maior propensão de o idoso ser abandonado pelo abusador (Adams, *et al.*, 2014).

Referências

ADAMS, V. M. et al. Financial abuse of older people by a family member: a difficult terrain for service providers in Australia. **Journal of Elder Abuse & Neglect**, v. 26, n. 3, p. 270–290, 2014.

AMERICAN ADDICTION CENTERS. Relationship Between Drug Addiction, Alcoholism, and Violence. Disponível em: <<https://americanaddictioncenters.org/rehab-guide/addiction-and-violence>>.

ARMSTRONG, N. M. et al. Association of Physical Functioning of Persons with Dementia with Caregiver Burden and Depression in Dementia Caregivers: An Integrative Data Analysis. **Aging & mental health**, v. 23, n. 5, p. 587–594, maio 2019.

BEZERRA, P. A.; NUNES, J. W.; MOURA, L. B. DE A. Envelhecimento e isolamento social: uma revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. eAPE02661, 2021.

BEZERRA, B. C. et al. The caregiver in the hospital environment: an integrating review. **Rev. urug. enferm.** [Internet]. 2020; 15(1):1-17. Available from: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/288/305>.

BOLSONI, C. C. et al. Prevalence of violence against the elderly and associated factors - a population based study in Florianópolis, Santa Catarina. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, p. 671–682, ago. 2016.

BOM, Fayanne Schaustz; SÁ, Selma Petra Chaves; CARDOSO, Rachel da Silva Serejo. Sobrecarga em cuidadores de idosos. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 160-164, 2017.

BUSHMAN, Brad J. et al. Failure to consider future consequences increases the effects of alcohol on aggression. **Journal of experimental social psychology**, v. 48, n. 2, p. 591-595, 2012.

Capítulo 10 - Aspectos da saúde mental de cuidadores e suas repercussões na violência contra idosos

CARDOSO, A. C. et al. Rede de apoio e sustentação dos cuidadores familiares de pacientes em cuidados paliativos no domicílio. **Enferm. Foco**, v. 10, n. 3, p. 70-75, 2019.

CARVALHO, Alanna Thereza De Farias et al. A sobrecarga dos cuidadores de idosos e sua influência na agressão aos portadores de alzheimer. **Anais VI CIEH**. Campina Grande: Realize Editora, 2019.

CECCON R. F. et al. Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 26, n. 1, 2021.

CHAM, C. Q. et al. Caregiver Burden among Caregivers of Patients with Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare*, v. 10, n. 12, p. 2423, 30 nov. 2022.

CHANG, S. et al. Providing care to relatives with mental illness: reactions and distress among primary informal caregivers. **BMC Psychiatry**, v. 16, p. 80, 25 mar. 2016.

COOMBER, Kerri et al. The role of illicit drug use in family and domestic violence in Australia. **Journal of interpersonal violence**, v. 36, n. 15-16, p. NP8247-NP8267, 2021.

CONRAD, Kendon J.; LIU, Pi-Ju; IRIS, Madelyn. Examining the role of substance abuse in elder mistreatment: Results from mistreatment investigations. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 34, n. 2, p. 366-391, 2019.

COUTO, A. M. DO; CASTRO, E. A. B. DE; CALDAS, C. P. Vivências de ser cuidador familiar de idosos dependentes no ambiente domiciliar. **Rev Rene**, v. 17, n. 1, p. 76-85, 21 Feb. 2016.

DE MORAIS, Erica Jorgiana dos Santos et al. VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA NA VISÃO DE SEUS CUIDADORES: SUBSÍDIOS PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL.

DELALIBERA, M. et al. Burden of caregiving and its repercussions on caregivers of end-of-life patients: a systematic review of the literature. **Cien Saude Colet**, v. 20, n. 9, 2015.

FALLER, J. W. et al. Cuidado filial e o relacionamento com o idoso em famílias de diferentes nacionalidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, p. 22–30, fev. 2017

FANG, B. et al. **Association between Caregiver Neurotic Personality Trait and Elder Abuse: Investigating the Moderating Role of Change in the Level of Caregiver Perceived Burden**. **Gerontology**, v. 67, n. 2, p. 243–254, 2021.

FELIPE, S. G. B. et al.. Anxiety and depression in informal caregivers of dependent elderly people: an analytical study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20190851, 2020.

FLESCHE, L. D. et al. Elderly Who Care for Elderly: Double Vulnerability and Quality of Life. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 30, p. e3003, 2020.

FUHRMANN, A. C. et al. Association between the functional capacity of dependent elderly people and the burden of family caregivers. **Rev Gaucha Enferm**, v. 36, n. 1, p. 14-20, 2015.

GENG, H. et al. Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta-analysis. **Medicine (Baltimore)**, v. 97, n. 39, 2018.

GIL, A. P. et al. [A sociography of elderly victims of family violence in Portugal]. **Cadernos De Saude Publica**, v. 31, n. 6, p. 1234–1246, jun. 2015.

GRATAO, A. C. M. et al. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. **Texto contexto – enferm**, v. 21, n. 2, 2012.

HENDRIX, C. C. et al. Effects of enhanced caregiver training program on cancer caregiver's self-efficacy, preparedness, and psychological well-being. **Support Care Cancer**, v. 24, n. 1, 2016.

ILGEN, Mark; KLEINBERG, Felicia. The link between substance abuse, violence, and suicide. **Psychiatric times**, v. 28, n. 1, p. 1-7, 2011.

JÚNIOR, N. F.; PASCHOAL, S. M. P. Caderno de Violência contra a Pessoa Idosa. **Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo**, 2007.

KARSCH, U. M.. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 861–866, jun. 2003.

LINO, V. T. S. et al.. Prevalência e fatores associados ao abuso de cuidadores contra idosos dependentes: a face oculta da violência familiar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 87–96, jan. 2019.

MATTOS, E. B. Z. et al. Grupo virtual de apoio aos cuidadores familiares de idosos com demência no contexto da COVID-19. **Cad. Bras. Ter. Ocup**, v. 29, 2021.

MENDES, P. N. et al. Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. **Acta Paul Enferm**, v. 32, n. 1, 2019.

NASCIMENTO, H. G. D.; FIGUEIREDO, A. E. B. Demência, familiares cuidadores e serviços de saúde: o cuidado de si e do outro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1381–1392, abr. 2019.

NAVARRO-SANDOVAL, C. et al. Depression and burden on primary caregivers of elderly persons with physical dependence of the UMF 171. **Rev Med Inst Mex Seguro Soc**, v. 55, n. 1, p. 25-31, 2017.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra: **OMS**, 2015.

ORNELL, F. et al. Pandemia de medo e Covid-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. **Debates em Psiquiatria**, v. 10, n. 2, p. 12–16, 30 jun. 2020.

PARK, S. S. Caregivers' Mental Health and Somatic Symptoms During COVID-19. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v. 76, n. 4, 2021.

PAULA, J. A.; ROQUE, F. P.; ARAÚJO, F. S. Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer. **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 4, p. 283-287, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n4/a11v57n4.pdf>>.

PERDIGÃO, L. M. N. B.; ALMEIDA, S. C. de; ASSIS, M. G. Estratégias utilizadas por cuidadores informais frente aos sintomas neuropsiquiátricos de idosos com demência. **Revista de Terapia Ocupacional Da Universidade de São Paulo**, v. 28, n. 2, p. 156-162, out. 2017.

PÉREZ, J. J. N.; MARQUÉS, A. G. Family burden, social support and community health in caregivers of people with serious mental disorder. **Rev Esc Enferm USP**, 2018.

PHILLIPS, S. S. et al. Voices of Informal Caregivers and Community Stakeholders: Whether and How to Develop an Informal Caregiver Training Program. **J Community Health**, v. 41, n. 3, 2016.

PINTO, F. N. F. R. Violência contra o idoso: Uma discussão sobre o papel do cuidador. **Revista Kairós-Gerontologia**, [S. l.], v. 19, n. 2, p. 107–119, 2016. DOI: 10.23925/2176-901X.2016v19i2p107-119.

RIFFIN, C. et al. Multifactorial Examination of Caregiver Burden in a National Sample of Family and Unpaid Caregivers. **J Am Geriatr Soc**, v. 67, n. 2, p. 277-283, 2019.

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani et al. Analysis of violence against older adults in police reports. **Archives of psychiatric nursing**, v. 33, n. 4, p. 407-413, 2019.

SCHEIN, J. et al. The Impact of Agitation in Dementia on Caregivers: A Real-World Survey. **J Alzheimers Dis**, v. 88, n. 2, 2022.

SHANKAR, A.; RAFNSSON, S. B.; STEPTOE, A. Longitudinal associations between social connections and subjective wellbeing in the English Longitudinal Study of Ageing. **Psychology & Health**, v. 30, n. 6, p. 686–698, 2015.

SOUSA, Girliani Silva de et al. “A gente não é de ferro”: Vivências de cuidadores familiares sobre o cuidado com idosos dependentes no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 27-36, 2021.

SOARES, Grazielle Neves et al. Ocorrência de violência intrafamiliar relacionada ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, v. 15, n. 2, p. 44-73, 2021.

SOLIMANDO, L. et al. Suicide risk in caregivers of people with dementia: a systematic review and meta-analysis. **Aging Clinical and Experimental Research**, v. 34, n. 10, p. 2255–2260, 13 jun. 2022.

TOPPER, Stephen M. et al. Alcohol disinhibition of behaviors in *C. elegans*. **PLoS one**, v. 9, n. 3, p. e92965, 2014.

TRINDADE, A. P. N. T. D. et al. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 2, p. 281–289, jun. 2013.

VINÃS-DIAZ, V. et al. Síntomas depresivos y sobrecarga en los familiares cuidadores en la enfermedad de Alzheimer: un modelo de ecuaciones estructurales. **Revista de Neurología**, v. 69, n. 1, 2019.

YANG, Z. et al. Prevalence and related factors of depression and anxiety in a cohort of Chinese elderly caregivers in the nursing home. **Journal of Affective Disorders**, v. 295, p. 1456–1461, 1 dez. 2021.

YAVO, Ivete de Souza; CAMPOS, Elisa Maria Parahyba. Cuidador e cuidado: o sujeito e suas relações no contexto da assistência domiciliar. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 20-32, abr.2016.

Capítulo 11

Violência interpessoal contra homens idosos no Brasil: desafios na “Era do Envelhecimento Saudável”

Cristiane Damiani Tomasi
Joel Viegas Junior
Yasmim Fabris Colonetti
Carlos Alberto Severo Garcia Jr.
Sheila Rúbia Lindner

Introdução

O processo de envelhecimento é um fenômeno dinâmico, individual e irreversível, caracterizado pelo declínio progressivo das funções biológicas, o que impacta diretamente na capacidade orgânica e funcional das pessoas idosas (Machado et al., 2020). Em 2017, uma em cada oito pessoas tinha 60 anos ou mais. Projeções indicam que em 2030 será uma em cada seis pessoas e, em 2050, uma em cada cinco. Com o envelhecimento da população em muitos países, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) declarou, em dezembro do mesmo ano, o período de 2020 a 2030 como a “Década do Envelhecimento Saudável” (WHO, 2020).

Essa agenda política de um plano de ação internacional está em consonância com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU. Ela compreende uma década de colaboração multissetorial com o propósito de promover o envelhecimento saudável e aprimorar a qualidade de vida das pessoas idosas, suas famílias e comunidades.

Estima-se que entre 2000 e 2050, a proporção de idosos no mundo aumente de 11% para 22%. Nos países de baixa e média renda, como o Brasil, o crescimento da população idosa é uma tendência cada vez mais marcante (OMS, 2015). Dessa forma, reforçando que o envelhecimento é um processo multidimensional e multifacetado, influenciado por diversos aspectos coletivos, individuais e contextuais, é crucial considerar os fatores que influenciam tanto

as oportunidades quanto as barreiras no acesso aos recursos de proteção disponíveis (Barbosa et al., 2017). As vulnerabilidades vivenciadas por idosos também estão atreladas ao declínio de sua saúde física e ou mental (Brocklehurst; Laurenson, 2008). Aspectos como redes de apoio, bem como a redução sensorial e os declínios cognitivo e psicológico, estão associados à vulnerabilidade, a qual parece se manifestar de maneira distinta quando consideramos os determinantes sociais em perspectiva (Sarvimäki; Stenbock-Hult, 2016).

A violência entre idosos é uma situação global e demarca um problema de saúde pública com alta prevalência em todo o mundo, sendo o abandono e a negligência as formas mais comuns relatadas (Pillemer *et al.*, 2016). O “Relatório Mundial sobre Violência e Saúde” da OMS (2002) destaca que os idosos compõem uma população frequentemente subestimada e negligenciada quando se trata de políticas e programas de prevenção de violência. Também é importante ressaltar que a violência contra os homens idosos pode acarretar sérias consequências para sua saúde física e mental, aumentando o risco de doenças crônicas, depressão, ansiedade e suicídio. Além disso, ela pode ser perpetrada por parceiros íntimos, familiares, cuidadores, estranhos e até por outros idosos (Lindner *et al.*, 2015).

O conceito de violência contra a pessoa idosa foi estabelecido em 1995 pela *International Network for the Prevention of Elder Abuse* e é amplamente adotado pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O artigo 4 do Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 14.423, de 2022) assegura que nenhuma pessoa idosa será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei. Portanto, práticas ou omissões que configurem violência contra o idoso, tanto em ambiente público quanto privado, e possam comprometer sua integridade física e emocional, dificultando ou impedindo seu desempenho social, devem ser objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária. Além disso, tais casos devem ser obrigatoriamente comunicados aos órgãos estatais responsáveis (Brasil, 2022).

A OMS destaca a importância de coletar dados confiáveis sobre a violência contra homens idosos, visando compreender a magnitude e a natureza do problema e desenvolver estratégias eficazes de prevenção (OMS, 2002). A violência contra os idosos se manifesta de maneira distinta entre homens e mulheres, requerendo ainda uma compreensão mais aprofundada da dinâmica

dos determinantes sociais da violência, especialmente no que diz respeito à educação dos homens (Ruelas-González *et al.*, 2016).

Especificamente, os homens idosos enfrentam uma alta incidência de violência interpessoal, frequentemente originada por desconhecidos, e têm o dobro de chances de sofrer violência física em comparação com as mulheres (ROCHA *et al.*, 2018). No contexto brasileiro, a literatura destaca uma prevalência significativa de violência perpetrada por cuidadores, afetando aproximadamente um terço dos idosos dependentes. Essa forma de violência está associada a diversas características do cuidador, como idade avançada, presença de doença física ou mental, baixa escolaridade e renda, falta de suporte social, além de problemas comportamentais e de saúde do idoso dependente (Lino *et al.*, 2019). Estudos demonstram que entre os idosos com pele de cor preta e estado civil casado, a violência interpessoal é mais comum em espaços públicos (Andrade *et al.*, 2023), revelando divergências na associação dos determinantes sociais com a incidência de violência entre os homens idosos.

No Brasil, tanto a violência interpessoal quanto a autoprovocada devem ser notificadas, o que inclui também a violência contra os idosos. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), integrado à plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), é responsável por abrigar as notificações de violência no país. Esse sistema, que visa fornecer dados nacionais sobre saúde e violência, é alimentado pelas informações registradas nos diversos pontos das redes de atenção à saúde (Laguardia *et al.*, 2004). Portanto, para que seja possível obter uma compreensão abrangente da violência contra o homem idoso em nível nacional, é fundamental que os profissionais de saúde envolvidos na assistência estejam sensibilizados quanto à importância da notificação como uma medida de cuidado integrada à sua prática clínica.

No entanto, é comum que os profissionais de saúde confundam suas obrigações éticas de notificação compulsória com o processo de denúncia policial, que pode ser realizado pela própria vítima, seus familiares ou conhecidos. Essa confusão muitas vezes resulta em subnotificação e, conseqüentemente, em lacunas na compreensão das características desse problema de saúde pública a nível nacional (Silva *et al.*, 2020).

Propõe-se, neste estudo, apresentar as principais características da violência interpessoal contra homens idosos no Brasil em 2019, com base nos dados registrados pelos profissionais de saúde sobre casos de violência contra essa população masculina idosa.

Dados referentes à violência contra homens idosos: Caminho percorrido

Para a obtenção de dados registrados pelos profissionais de saúde sobre violência interpessoal contra o homem idoso, desenhamos um estudo descritivo com informações advindas do site do DATASUS, com dados informados no SINAN sobre os registros de violência interpessoal. A população é composta pelos registros de violência interpessoal contra homens idosos de todo o Brasil, no ano de 2019 – último ano que dispõe de todos os dados revisados e banco completo de informações no momento do presente estudo.

As informações apresentadas são obtidas a partir da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, a qual é preenchida pelos profissionais de saúde em diferentes serviços de saúde do Brasil. A ficha de notificação é composta por diferentes blocos de informação, como: dados gerais, notificação individual, dados da residência, dados da pessoa atendida, dados da ocorrência, violência, violência sexual, dados do provável autor da violência, encaminhamentos e dados finais. A partir desses blocos de informações, utilizamos as seguintes informações para caracterizar a violência interpessoal contra homens idosos: faixa etária, escolaridade (transformada em anos de estudo), tipo de violência registrada, meios de agressão utilizados, sexo do provável autor da violência, suspeita de abuso de álcool no momento da agressão, motivo da agressão, relação do provável autor com a vítima.

Para retratar os dados, calculamos a taxa de notificações de violência contra homens idosos a partir da razão entre o número de notificações de violência contra homens idosos e a população idosa masculina estimada para o ano de 2019, multiplicado pela constante 10000. Esses valores foram distribuídos de acordo com as regiões brasileiras, em um mapa desenvolvido com recursos do *Microsoft Excel*[®]. As demais informações são apresentadas em tabelas, com frequência absoluta e relativa.

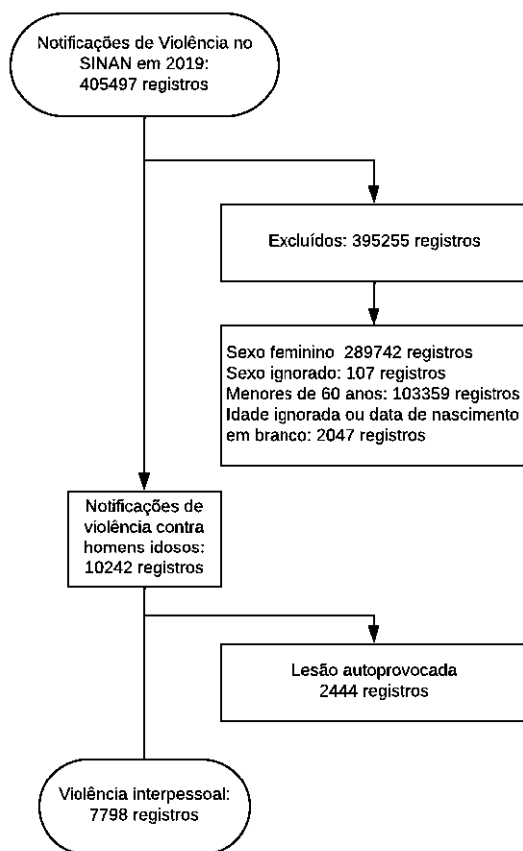
Principais características relacionadas a violência interpessoal contra homens idosos no Brasil

No ano de 2019 foram realizados 405.497 registros de violência interpessoal e autoprovocada no Brasil. Excluiu-se da análise 395.255 registros, pois 289.742 eram referentes à registros de violência em que a vítima é do sexo feminino, 107 registros com informação sobre sexo ignorada, 103.359 registros

Capítulo 11 – Violência interpessoal contra homens idosos no Brasil: desafios na “Era do envelhecimento Saudável.

com menores de 60 anos de idade e 20.147 registros com idade ou data de nascimento ignorada. Assim sendo, em 2019, no Brasil, foram 10.424 registros de violência contra homens idosos de 60 anos ou mais. Desses registros, 2.444 referem-se à violência por lesão autoprovocada e 7.798 registros sobre violência interpessoal (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma da seleção de registros de violência interpessoal contra homens idosos. Brasil, 2019.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

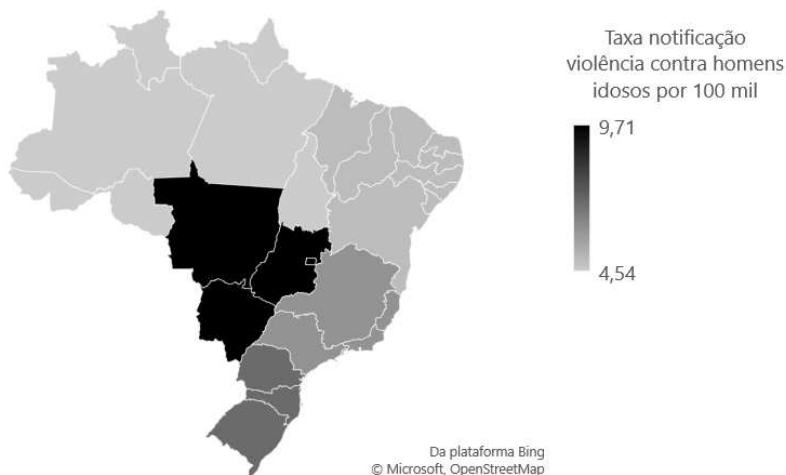
Para delinear o panorama da violência contra homens idosos, distribuímos as taxas de notificação de violência contra homens idosos, de acordo com as regiões brasileiras (Figura 2). No Brasil a taxa é de 6,07 notificações a cada 10000 idosos. As regiões Centro-Oeste (9,71 notificações/10000 idosos) e Sul (7 notificações /10000 idosos) superam a taxa nacional. Enquanto as regiões Sudeste (5,99 notificações/10000 idosos), Nordeste (4,93 notificações/10000 idosos) e Norte (4,54 notificações/10000 idosos) apresentam taxas menores que a nacional.

A violência interpessoal apresenta maior frequência entre homens idosos do que a autoprovocada (Santos *et al.*, 2022; Lopes *et al.*, 2018a). No entanto, existem muitas falhas na identificação de violência contra o idoso, por exemplo, há poucos relatos e programas de educação e intervenção baseados em evidência e instrumentos validados e culturalmente sensíveis para a identificação de violência em idosos (Atkinson; Roberto, 2024).

Um estudo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), edição 2013, analisou a distribuição espacial da violência contra pessoas idosas no Brasil e mostrou que os maiores índices de violência se encontravam nos estados do Amapá, Paraná, Mato Grosso, Amazonas e Rio Grande do Norte, já os menores índices estavam nos estados de Pernambuco, Piauí, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia e Paraíba (Santos *et al.*, 2022). Há uma congruência das informações com nosso estudo, uma vez que os estados com menores índices pertencem às regiões com as taxas mais baixas de notificação de violência. Cabe ressaltar que o estudo PNS incluiu homens e mulheres idosos e não faz essa diferenciação no mapeamento da violência. Um estudo com dados do SINAN sobre violência em pessoas idosas, de 2009 a 2015, no município de Caruaru (Pernambuco), apontou que a maioria dos casos de violência ocorridos eram de violência interpessoal, sendo mais frequente contra homens idosos (Lopes *et al.*, 2018b).

Outro estudo, com dados do SINAN, revelou que a frequência de registros de violência contra pessoas idosas é menor entre homens idosos, sendo mais prevalente entre indivíduos brancos e com escolaridade inferior a 8 anos de estudo (Mascarenhas *et al.*, 2012). Além disso, uma pesquisa de base populacional conduzida em Florianópolis (Santa Catarina) apontou uma prevalência de 12,4% de violência contra idosos, sendo a violência verbal a mais relatada, enquanto os relatos de violência foram menos comuns entre os homens idosos (BOLSONI *et al.*, 2016).

Figura 2 - Distribuição das taxas de notificação de violência interpessoal contra homens idosos. Brasil, 2019.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

Além de analisar a distribuição das taxas de violência de acordo com as regiões, é crucial apresentar as características demográficas dos homens idosos que sofrem violência. Conforme demonstrado na Tabela 1, a faixa etária com o maior percentual de registros é de 60 a 69 anos (50,9%). É importante ressaltar que, embora haja uma diminuição no percentual de distribuição à medida que a idade avança, isso é esperado entre as pessoas idosas, pois há também um declínio populacional nas faixas etárias mais avançadas. Esses achados são corroborados por um estudo realizado em Caruaru, que também identificou a faixa etária de 60 a 69 anos como a mais frequente em notificações de violência contra idosos (Lopes et al., 2018b).

No estudo de base populacional em Florianópolis, a prevalência de violência foi maior entre os idosos na mesma faixa etária, embora não tenha sido observada diferença estatisticamente significativa entre o grupo de idosos que relatou violência e aqueles que não o fizeram (Bolsoni et al., 2016). Em nossa análise, observamos que a maioria dos homens idosos que sofrem violência possui escolaridade de até 8 anos (81,2%), com uma menor frequência de violência entre aqueles com maior tempo de estudo. Esse padrão é consistente com os resultados do estudo em Florianópolis, onde a escolaridade de até 8 anos

foi a mais comum entre aqueles que relataram violência, sendo identificada como um preditor significativo desse tipo de evento (Bolsoni *et al.*, 2016).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos registros de violências em idosos. Brasil, 2019.

Características	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Faixa etária		
60 a 69 anos	3.970	50,9
70 a 79 anos	2.367	30,4
80 anos ou mais	1.461	18,7
Escolaridade (em anos de estudo)		100
Não alfabetizado	534	12,6
1 a 8 anos de estudo	2.909	68,6
9 a 11 anos de estudo	621	14,7
12 ou mais anos de estudo	174	4,1

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Nota: Nos registros encontram-se ignoradas ou em branco as informações sobre escolaridade em 3560 notificações.

Referente a distribuição dos tipos de violência contra homens idosos, no Brasil em 2019, observou-se que 56,0% (n=5.408) das notificações trata-se de violência física, seguida de negligência/abandono (22,0%; n=2.128) e psicológica (15,0%; n=1.452). As violências financeira/econômica, tortura e sexual, somam 6,9% (n=663) das notificações. Entre os meios de agressão, o principal é o uso da força corporal/espancamento, presente em 47,9% (n=4.149) das notificações, seguido de ameaça (9,5%; n=819), objeto perfurocortante (9,2%; n=801) e objeto contundente (8,2%; n=708). Com exceção da ameaça, os principais meios de agressão correspondem ao principal tipo de violência praticada, a física (Tabela 2).

Em um estudo com 500 pessoas idosas, no Irã, demonstrou que 75,4% dos participantes relataram pelo menos um episódio de violência no ano anterior e as principais formas de abuso foram negligência emocional (47,2%) e violência psicológica (40,8%), enquanto a violência física foi a menos relatada (Nemati-Vakilabad, *et al.*, 2023). Já o estudo desenvolvido em Caruaru aponta a violência física como o principal tipo de violência praticado contra pessoas

idosas e a força corporal/espantamento o principal meio de agressão (Lopes et al., 2018b) idem ao estudo nacional (Mascarenhas et al., 2012).

Tabela 2 - Distribuição dos tipos de violência e meios de agressão em idosos. Brasil, 2019

Tipo de violência e meio de agressão	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Tipo de violência		
Física	5.408	56,0
Psicológica	1.452	15,0
Tortura	209	2,2
Sexual	31	0,3
Financeira/econômica	423	4,4
Negligência/abandono	2.128	22,0
Meios de agressão		
Força corporal/espantamento	4.149	47,9
Enforcamento	125	1,4
Objeto contundente	708	8,2
Objeto perfurocortante	801	9,2
Substância/objeto	29	0,3
Envenenamento/intoxicação	50	0,6
Arma de fogo	231	2,7
Ameaça	819	9,5

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Nota: Os tipos de violência e meios de agressão são registros individuais em cada notificação, o que pode causar uma sobreposição, ou seja, uma notificação apresentar mais de um tipo de violência e/ou mais de um meio de agressão registrados.

Quanto ao sexo do provável autor da violência contra homens idosos, observa-se uma predominância do sexo masculino em 64,1% (n=4.224). Por outro lado, a suspeita de abuso de álcool no momento da violência não é uma ocorrência muito frequente, visto que em 61% (n=2989) das notificações essa condição não está presente (Tabela 3). Esses achados estão alinhados com os resultados de um estudo realizado em Caruaru, que apontou, com exceção das informações ignoradas, que o autor da violência é predominantemente do sexo masculino e que o uso de álcool no momento da violência é pouco comum (Lopes et al., 2018b). Além disso, a análise nacional da violência praticada contra homens idosos corrobora com esses resultados, indicando que a maioria

dos agressores é do sexo masculino e que o uso de álcool no momento do ato violento é menos frequente (Mascarenhas *et al.*, 2012).

Tabela 3 - Sexo do agressor e uso de álcool no momento da agressão em idosos, Brasil, 2019

Características do provável autor da violência	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Sexo		
Masculino	4.224	64,1
Feminino	1.213	18,4
Ambos os sexos	1.153	17,5
Suspeita de abuso de álcool		
Sim	1912	39
Não	2989	61

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Nota: Nos registros encontram-se ignoradas ou em branco as informações sobre sexo do provável autor da violência em 1208 notificações e sobre a suspeita de abuso de álcool em 2897 notificações.

O principal motivo de violência contra o homem idoso é conflito geracional, em 70,1% (n=1188) dos registros, seguido por situação de rua, em 17,3% (n=293) (Tabela 4). No estudo de base populacional de Florianópolis a dependência moderada ou grave, deficiência cognitiva e autopercepção de saúde ruim/muito ruim foram fatores associados à ocorrência de violência contra pessoas idosas (Bolsoni *et al.*, 2016).

Tabela 4 - Motivo da violência contra homens idosos. Brasil, 2019.

Motivo da agressão	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Sexismo	92	5,4
Homofobia/ Lesbofobia	12	0,7
Racismo	4	0,2
Intolerância religiosa	13	0,8
Xenofobia	6	0,4
Conflito geracional	1.188	70,1
Situação de rua	293	17,3
Deficiência	86	5,1

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Nota: Nos registros encontram-se ignoradas ou em branco as informações sobre o motivo da agressão em 6104 notificações.

A principal relação entre agressor e vítima encontrada é o(a) filho(a), em 38,5% (n=2470) das notificações, seguido de desconhecido (23%; n=1476). Esses resultados corroboram com as informações sobre o motivo da agressão (conflito geracional e situação de rua). Os amigos/conhecidos (ficam em terceiro lugar, com 18,5% (n=1189) notificações (Tabela 5). Os cuidadores aparecem entre os menores percentuais (2,3%; n=150). Cabe ressaltar que, possivelmente, por confusão na digitação dos dados são apresentadas as relações com pai, mãe, padrasto e madrasta, o que aparentemente não ocorreria entre idosos.

Tabela 5.- Distribuição da relação entre agressor e vítima na violência contra homens idosos. Brasil, 2019

Relação	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Pai	80	1,2
Mãe	22	0,3
Padrasto	12	0,2
Cônjuge	513	8,0
Ex-cônjuge	99	1,5
Ex-namorado	12	0,2
Filho (a)	2.470	38,5
Desconhecido	1.476	23,0
Irmão (ã)	297	4,6
Amigos/ conhecidos	1.189	18,5
Cuidador	150	2,3
Pessoa com relação institucional	88	1,4
Madrasta	3	0,0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Nota: A relação entre vítima e agressor trata-se de registro individual em cada notificação, o que pode causar uma sobreposição, ou seja, uma notificação apresentar mais de uma resposta para a relação.

No estudo conduzido no Irã, foram identificados dois fatores preditivos de violência contra idosos: 1) a presença de crianças no domicílio onde o idoso reside - as crianças muitas vezes têm necessidades próprias da infância que podem se sobrepor às dos idosos, e 2) a existência de uma doença crônica, indicando uma maior vulnerabilidade na pessoa idosa (Nemati-Vakilabad *et al.*,

2023). O estudo de base populacional de Florianópolis aponta que morar com filhos e netos ou com cuidador profissional representam risco para a ocorrência de violência contra a pessoa idosa (Bolsoni *et al.*, 2016).

No estudo com dados da PNS (edição 2013), 1,7% dos relatos eram de violência praticada por pessoa desconhecida e 1,3% por pessoa conhecida e que ter deficiência física está associada a maior chance de sofrer violência por pessoa desconhecida (Santos *et al.*, 2022). No estudo nacional os homens idosos são mais susceptíveis a violência física que as mulheres, sendo mais praticada por pessoas que não são os filhos e apesar de uma frequência baixa de consumo de álcool há associação com o uso de álcool. Já as mulheres estão mais susceptíveis às violências psicológica, negligência e sexual (Mascarenhas *et al.*, 2012).

Uma revisão sistemática demonstrou que a Violência por Parceiro Íntimo (VPI) ocorreu em homens e mulheres idosos, sendo mais prevalentes a violência psicológica e o abuso econômico. Os fatores associados mais frequentes foram o consumo de álcool, depressão, baixa renda, comprometimento funcional e exposição pregressa à violência (Warmling, *et al.*, 2017). Já no estudo de coorte EpiFloripa sobre VPI observa-se que entre homens a vivência de violência (tanto sofrida, perpetrada quanto bilateral) não alterou os escores de qualidade de vida, ou seja parece que os homens não foram afetados pela vivência de violência por parceiro íntimo (Warmling, *et al.*, 2021a). O mesmo grupo mostra que a violência psicológica, tanto sofrida quanto perpetrada, predominou entre as pessoas idosas do sexo masculino. A autopercepção de saúde ruim/muito ruim se associou a violência perpetrada por parceiro íntimo nos homens idosos (Warmling, *et al.* 2021b).

Como já dito anteriormente, a violência em pessoas idosas é fenômeno multifatorial – idade, sexo, estado civil, nível de educação, renda, arranjo familiar, relação familiar, suporte social, solidão, transtorno mental, depressão, dependência para as atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD), entre outros – deve ser considerada suas diversas dimensões e entender que há uma interdependência entre todos os fatores associados (Santos *et al.*, 2020).

A violência contra homens idosos concentra-se principalmente em dois tipos: física e sexual (Silva *et al.*, 2023). É crucial ressaltar que, embora reconhecidos diversos tipos de violência, a vivência dessa condição pelo homem idoso, seja como vítima, agressor ou ambas, não parece afetar significativamente sua qualidade de vida (Warmling *et al.*, 2021a). Ao analisar a classificação dos tipos de violência em relação aos anos de estudo, destaca-se a agressão física

como a mais prevalente, acarretando danos significativos. Nesse contexto, os filhos surgem como os principais agressores, dada sua proximidade e frequente presença na vida e na rotina do idoso.

Dentro do contexto da violência contra homens idosos, a idade acima de 70 anos emerge como um fator de risco significativo, indicando que o processo de envelhecimento biológico pode aumentar a probabilidade de violência intrafamiliar. Nesse sentido, observa-se que conforme a idade avança, o ciclo social do indivíduo tende a diminuir, especialmente para os homens após a aposentadoria, que se distanciam de suas antigas atividades cotidianas. Esse afastamento pode aumentar a probabilidade de dependência em relação a outras pessoas para a realização de atividades rotineiras (Santos *et al.*, 2020).

Os diferentes tipos de violência fazem parte da história da construção da sociedade e das relações humanas, na qual as dominações, os poderes e opressões exercidas e ocasionadas reproduzem vulnerabilidades e desigualdades. Nesse sentido, no contexto familiar o idoso se torna a parte mais vulnerável devido sua independência limitada e suscetível a sofrer violência de forma direta ou indireta de seus cuidadores. Muitas vezes, a família não consegue se adaptar com precisão às necessidades do idoso, devido necessidade de fazer mudanças drásticas na vida particular e não compreenderem o papel do cuidador, chegando à exaustão física e mental, sendo um fator de risco para que maus-tratos contra o idoso (Lopes *et al.*, 2018a).

No presente estudo, foram examinadas as distribuições dos tipos de violência e os meios de agressão, destacando-se a violência física e o espancamento como os principais registros. Ao analisar a violência contra homens idosos, é essencial considerar suas características biopsicossociais. Observa-se que os principais agressores são os filhos, predominantemente do sexo masculino, e que no momento da agressão não fazem uso de bebidas alcoólicas ou outras drogas.

Dessa forma, emergem duas características latentes: em primeiro lugar, homens agredindo homens, revelando uma dinâmica de violência passível de ser interpretada sob a perspectiva de gênero; em segundo lugar, surgem conflitos geracionais, com os filhos assumindo uma nova configuração de poder em relação aos pais e enfrentando os desafios da relação parental com violência. A perspectiva de gênero desempenha um papel significativo na representação social da violência, com os homens idosos destacando a importância de medidas educativas preventivas e da punição aos agressores.

A negligência à pessoa idosa parte, principalmente, dos familiares de primeiro grau, pois têm dificuldade de readaptar a rotina familiar em prol do idoso, de acordo com o grau de dependência para AVD e AIVD. Além disso, as famílias negligenciam o idoso por considerá-lo com capacidade física e maturidade psicológica para o próprio cuidado. A população idosa possui limitações, próprias desse estágio da vida, como a redução da higidez dos órgãos, funções e sentidos. De tal modo, o homem idoso apresenta maior risco de sofrer negligência, quando se associam, nesse contexto, maior grau de dependência ao sexo masculino e idade superior a 70 anos (Santos *et al.*, 2020).

Considerações finais

O processo de envelhecimento demanda a implementação de medidas específicas de saúde para assegurar o cuidado integral, acolhimento e atenção aos idosos, a fim de ampliar o grau de autonomia e independência. Neste contexto, o fortalecimento de uma rede interdisciplinar de cuidados à saúde da pessoa idosa busca enfrentar o sério problema estrutural da violência na saúde pública, alinhando-se com o movimento global da "Década do Envelhecimento Saudável".

Dada a alta prevalência da violência contra os idosos, é imperativo não subestimar a necessidade de políticas e programas específicos de prevenção da violência contra os homens idosos. Assim, torna-se evidente a importância do cuidado abrangente e multiprofissional na prevenção, acolhimento e detecção de violência no seio familiar.

Ainda é necessário expandir os estudos científicos e promover debates abertos com a sociedade sobre a violência contra o homem idoso. O acesso e a análise de dados consolidados, juntamente com discussões aprofundadas, podem contribuir para identificar e qualificar os problemas e soluções necessárias. Destaca-se, por exemplo, a importância de identificar registros de violência interpessoal relacionados aos cuidadores primários para aprimorar estratégias de intervenção.

É crucial superar obstáculos como a escassez de dados e o estigma social que minimiza a violência contra o homem idoso. Homens idosos também são suscetíveis à violência e integrar o tema na agenda de discussão dos serviços de saúde é um desafio significativo. Isso fortalecerá o reconhecimento das situações de violência enfrentadas por essa população, reduzindo assim as subnotificações de casos de violência.

Referências

- ANDRADE, F. M. D. et al. Patterns of abuse of elderly people in Brazil: analysis of notifications. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 39, n. 1, p. e00075722, 2023.
- ATKINSON, Emily; ROBERTO, Karen A. Global approaches to primary, secondary, and tertiary elder abuse prevention: a scoping review. *Trauma, Violence, & Abuse*, v. 25, n. 1, p. 150-165, 2024.
- Barbosa, K. T. F. et al. Aging and individual vulnerability: a panorama of older adults attended by the Family Health strategy. *Texto Contexto Enferm*, v. 26, n. 2, p. 1-10, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/0104-0707-tce-26-02-e2700015.pdf>.
- BOLSONI, Carolina Carvalho et al. Prevalência de violência contra idosos e fatores associados, estudo de base populacional em Florianópolis, SC. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 19, p. 671-682, 2016.
- Brocklehurst, H.; Laurenson, M. A concept analysis examining the vulnerability of older people. *British J Nurs*, v. 17, n. 21, p. 1354-7, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19060820>.
- LAGUARDIA, J. et al. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 13, n. 3, p. 135-147, jul. 2004.
- LINDNER, S. R. et al. Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, n. 4, p. 815-826, abr. 2015.
- LINO, V. T. S. et al. Prevalência e fatores associados ao abuso de cuidadores contra idosos dependentes: a face oculta da violência familiar. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 1, p. 87-96, jan. 2019.

LOPES, E. D. DE S. et al. Elder abuse in Brazil: an integrative review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 21, n. 5, p. 628–638, out. 2018a.

LOPES, Laryssa Grazielle Feitosa et al. Violência contra a pessoa idosa. *Rev. enferm. UFPE on line*, p. 2257-2268, 2018b.

MACHADO, D. R. et al. Violência contra idosos e qualidade de vida relacionada à saúde: estudo populacional no município de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 3, p. 1119–1128, mar. 2020.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde-Brasil, 2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 2331-2341, 2012.

NEMATI-VAKILABAD, Reza et al. The prevalence of elder abuse and risk factors: a cross-sectional study of community older adults. *BMC geriatrics*, v. 23, n. 1, p. 616, 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genève: Organisation mondiale de la santé, 2002.

PILLEMER, K. et al. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *The Gerontologist*, v. 56, n. Suppl 2, p. S194–S205, abr. 2016.

ROCHA, R. DA C. et al. Violência velada e revelada contra idosos em Minas Gerais-Brasil: análise de denúncias e notificações. *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe4, p. 81–94, dez. 2018.

RUELAS-GONZÁLEZ, M. G. et al. Prevalence and factors associated with violence and abuse of older adults in Mexico's 2012 National Health and Nutrition Survey. *International Journal for Equity in Health*, v. 15, n. 1, p. 35, dez. 2016.

SANTOS, M. A. B. DOS. et al. A violência contra pessoas idosas no Brasil: fatores associados segundo o tipo de agressor. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 25, n. 4, p. e220186, 2022.

SANTOS, M. A. B. DOS et al. Fatores associados à violência contra o idoso: uma revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 6, p. 2153–2175, jun. 2020.

Sarvimäki, A.; Stenbock-Hult, B. The meaning of vulnerability to older persons. *Nurs Ethics*, v. 23, n. 4, p. 372-83, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25552588>.

SILVA, C. D. et al. O cuidado às vítimas de violência doméstica: representação social de profissionais da saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 44, n. 4, p. 160–173, 30 dez. 2020.

SILVA, S. P. C. E. et al. Violência na velhice: representações sociais elaboradas por pessoas idosas. *Escola Anna Nery*, v. 27, p. e20220169, 2023.

TORRES, K. R. B. DE O. et al. Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 1, p. e300113, 2020.

WARMLING, Deise et al. Qualidade de vida de mulheres e homens idosos em situação de violência por parceiro íntimo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 24, p. e200268, 2021a.

WARMLING, Deise et al. Vitimização e perpetração da violência por parceiro íntimo em idosos: estudo transversal, Florianópolis, Santa Catarina, 2013/2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 30, 2021b.

WARMLING, Deise; LINDNER, Sheila Rubia; COELHO, Elza Berger Salema. Prevalência de violência por parceiro íntimo em idosos e fatores associados: revisão sistemática. *Ciência & saúde coletiva*, v. 22, p. 3111-3125, 2017.

WHO. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra (Suíça): 2015. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/decade>

Capítulo 12

A influência da religiosidade/espiritualidade na saúde mental durante o processo de envelhecimento

Any Soares Santana
Monique Brandao Santos Bastos
Nagila Francielle de Almeida Marques
Helena Moraes Cortes
Paula Hayasi Pinho

Introdução

O Brasil “nas últimas décadas” vem passando por um intenso processo de urbanização, industrialização e crescimento econômico. Estas alterações influenciaram na configuração de faixa etária populacional levando ao processo de transição epidemiológica que se configura como mudanças nos padrões de saúde e doença das populações, ocasionando, portanto, a diminuição das taxas de mortalidade e o aumento da expectativa de vida. Além desses aspectos, mudanças na composição das principais causas de morte, uma vez que se tem uma redução progressiva das doenças infecciosas devido aos investimentos em saúde e um aumento da prevalência de doenças crônicas, têm influência direta nesse processo (Chaimowicz, 2013).

Segundo dados do Censo do IBGE 2010, a população com idade entre “10-14 anos é de 21,76%, a faixa etária entre 15-64 anos é de 69,47%” e de 65 anos ou mais é de 8,46%, em 2018. A estimativa de vida para a população com 65 anos ou mais é de 13,44% em 12 anos (Brasil, 2010).

Portanto, o envelhecimento da população brasileira ocorre no dia a dia, mas é um fenômeno de longo prazo. A continuidade futura do ritmo de crescimento absoluto e relativo da população idosa dependerá do comportamento das taxas de natalidade, das taxas de mortalidade e da migração internacional (Alves, 2014).

Pensando como essa mudança na faixa etária da população mais jovem para população mais idosa terá reflexos nos âmbitos social, cultural, econômico e estrutural do país, é preciso que se compreenda como se configura a velhice na atualidade e quais as necessidades dessa população (Borim, Barros e Botega, 2013).

De acordo com Reis e Menezes (2017) o envelhecimento é um processo contínuo e envolve um decréscimo progressivo das capacidades orgânicas que repercutem em uma maior frequência de acometimentos crônicos e maiores dificuldades de ordem física, neurológica e psicossocial. Nesse sentido, o estado de saúde da maioria das pessoas na terceira idade sofre influência de diversos fatores como a capacidade funcional reduzida associada às perdas cognitivas, o declínio sensorial e a maior propensão a acidentes; a condição socioeconômica de dependência dos familiares associada à aposentadoria; a interação social reduzida relacionada ao abandono, perdas, solidão e isolamento; ao autocuidado dificultado; ao suporte familiar muitas vezes ausente e também ao sistema de crenças (Borim, Barros e Botega, 2013; Reis e Menezes, 2017).

Sendo assim, as crenças apresentam-se como ferramenta de suporte emocional que podem interferir na saúde física e mental dos sujeitos. Dessa maneira, a relação entre a espiritualidade e a saúde na terceira idade surge como estratégia para suportar limitações físicas e psíquicas, além das perdas inerentes a essa fase da vida. Dessa maneira, o apego à religiosidade facilita a recuperação e adaptação aos danos e adversidades dessa fase e interfere na qualidade de vida e bem-estar dessas pessoas (Reis e Menezes, 2017).

A palavra religião é derivada do latim: *religio*, composta pelo prefixo *re* (outra vez, de novo) e o verbo *ligare* (ligar, unir, vincular). Portanto, a religião é uma conexão entre a natureza e o mundo sagrado. Nesse sentido, a fé religiosa pode proporcionar à pessoa um sentido ou meios para práticas do propósito divino, esta experiência pode ser individual ou coletiva e pode proporcionar sensação de acolhimento, refúgio e proteção (Chauí, 2010).

Já a espiritualidade envolve a relação pessoal com o objeto transcendente-Deus ou Poder Superior, com ela as pessoas buscam os significados e propósitos fundamentais da vida podendo relacionar ou não com a religião. Dessa maneira, entende-se que a religiosidade e a espiritualidade são aspectos da vida do homem que exerce grande influência nas interações sociais, culturais e na dimensão da saúde mental (Zerbetto *et al.*, 2017).

Durante a terceira idade, a religião possui um lugar de grande importância para estes sujeitos que buscam respostas sobre questões existenciais. Estudos

mostram que a espiritualidade e religiosidade podem trazer benefícios para o bem-estar do idoso, sendo uma importante base emocional que reflete de maneira significativa na saúde mental e física, além de diminuir os níveis de angústia, morbidade, mortalidade e da depressão (Duarte, Lebrão e Laurenti, 2008).

Objetivo

Dessa forma a religiosidade tem servido de alento para esses sujeitos que nela buscam um conforto associado aos benefícios do presente e do futuro. O objetivo desta pesquisa é entender de que forma a religiosidade/espiritualidade exerce influência na saúde mental de pessoas na terceira idade, para isso, a questão norteadora que nos guiou foi: qual a produção científica acerca da influência da religiosidade/espiritualidade na saúde mental de pessoas na terceira idade nos últimos onze anos?

Percurso Metodológico

Trata-se de uma revisão de literatura narrativa, a qual permite uma análise ampla da literatura e não exige uma metodologia rigorosa e replicável no que se refere à reprodução de dados, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o ‘estado da arte’ de um determinado assunto (Rother, 2007).

A busca foi realizada nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Google Acadêmico, entre os meses de junho a agosto de 2018, utilizando os seguintes descritores: (1) Religião; (2) Saúde mental; (3) Espiritualidade; (4) Idoso, tendo como período de referência os últimos 10 anos, entre 2008 a 2018. Utilizou-se como critérios de inclusão artigos de acesso livre e a presença dos descritores de busca no título ou palavras-chave.

Com os descritores espiritualidade, saúde mental e idoso foram encontrados 12 artigos, já com religiosidade, saúde mental e idoso 27, totalizando 39 artigos. Foram excluídos 29 artigos por não atenderem aos critérios de inclusão e selecionou-se 10 artigos para esta revisão. Por fim, estes materiais foram lidos na íntegra, categorizados e analisados criticamente.

Resultados

Título do Artigo	Resultados	Recomendações / Conclusões
<p>1. Religiosidade e espiritualidade nas estratégias de resiliência do idoso longo no cotidiano Reis, Luana Araújo dos; Menezes, Tânia Maria de Oliva.</p>	<p>Desvelaram que Deus ocupa uma posição central em suas vidas, e a leitura da bíblia, a reza do terço e a oração são estratégias de resiliência utilizadas para o enfrentamento de situações desfavoráveis, a recuperação e/ou manutenção da saúde, a proteção pessoal e familiar e, sobretudo, a vivência de uma velhice satisfatória.</p>	<p>A religiosidade e espiritualidade foram desveladas como importante estratégia de resiliência no existir da pessoa idosa longa, sinalizando que, por meio dela, é possível alcançar o bem-estar e enfrentar problemas de saúde e sociais.</p>
<p>2. Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. Santos, Wagner e Jorge dos et al.,</p>	<p>A religiosidade dos idosos entrevistados sugere que suas crenças e tradições religiosas ajudam a explicar e a enfrentar o sofrimento experimentado por eles na vigência ou iminência da incapacidade funcional.</p>	<p>O enfrentamento religioso reforça o fatalismo presente na crença religiosa que espelha a fatalidade da velhice com incapacidade como um código social aceito e naturalizado, mas também colabora para minimizar a responsabilidade social pelo cuidado do idoso e revela a descrença nos serviços públicos de saúde existentes.</p>

<p>3. Investigando o papel do apoio social na associação entre religiosidade e saúde mental em idosos de baixa renda: resultados do Estudo do Envelhecimento e Saúde de São Paulo (SPAH) Corrêa, Alexandre Augusto Macêdo et al.,</p>	<p>Aponta que 90,7% da amostra consideraram-se religiosos, 66,6% católicos, 44% participaram de algum tipo de atividade religiosa pelo menos uma ou mais vezes por semana. A prevalência de transtornos mentais comuns em seguidores que frequentam serviços religiosos foi de aproximadamente metade em comparação com aqueles que nunca frequentaram um serviço religioso.</p>	<p>O estudo mostrou que os sujeitos apresentavam altos níveis de religiosidade e que existe forte associação entre o atendimento religioso e a prevalência de transtornos mentais comuns, o que não poderia ser explicado pelo apoio social.</p>
<p>4. A qualidade de vida dos idosos a partir da influência da religiosidade e da espiritualidade: cuidados prestados aos idosos institucionalizados em Caetité (BA) De Oliveira, Rosemeire Moreira; Alves, Vicente Paulo.</p>	<p>Os resultados identificaram que os idosos institucionalizados são carentes de afeto por parte de suas famílias e que se apegam fortemente às questões religiosas e espirituais para enfrentar os muitos desafios diários, em especial, os naturais da vida senil.</p>	<p>São necessárias estratégias de organização e reorganização desses espaços para que acolham idosos de maneira adequada, levando em conta suas necessidades e bem-estar. Além disso, devem promover a satisfação de todos que fazem parte desse ambiente.</p>

<p>5-Resiliência entre mulheres idosas e sua associação com o bem-estar espiritual e o apoio social</p> <p>Garces, Solange Beatriz Billig et al.</p>	<p>Os resultados indicaram que 50,2% das idosas apresentam alto bem-estar espiritual, enquanto 75,9% demonstraram alto apoio social e 79,7% apresentaram alto nível de resiliência. Foi encontrada uma correlação positiva entre bem-estar espiritual e resiliência, e uma relação de dependência entre as escalas de resiliência e de apoio social.</p>	<p>Essas constatações demonstram que embora a vida tenha adversidade, o bem-estar espiritual e o apoio social fortalecem a resiliência.</p>
<p>6- Reflexões sobre o envelhecimento e bem-estar de idosas institucionalizadas</p> <p>Ribeiro, Adalgisa Peixoto ; Schutz, Gabriel Eduardo.</p>	<p>Os resultados mostram que as institucionalizadas atribuem ao trabalho o sentido da vida, as interações sociais estão ausentes em seus discursos, a doença recebe outra conotação, o cuidado à saúde não ocorre de forma autônoma e a presença das questões culturais, como a religiosidade, é marcante entre elas.</p>	<p>Concluímos que a institucionalização imprime nas idosas uma representação diferenciada em relação a seu próprio bem-estar. As questões que caracterizam o envelhecimento como uma fase de perdas, solidão e dependência estão presentes com maior intensidade entre as idosas que vivem na instituição asilar.</p>
<p>7-Religiosidade, suporte social e uso de antidepressivos entre idosos residentes em comunidade: um estudo de base populacional.</p> <p>Vicente, Adriano Roberto Tarifa et al.</p>	<p>Os resultados deste estudo indicam a possibilidade de que, para os idosos, a religiosidade ocupa um lugar de destaque no arsenal de estratégias para lidar com problemas de saúde, especialmente problemas de saúde mental.</p>	<p>Os profissionais de saúde que cuidam desse segmento específico da população (idosos com depressão sintomas) deve considerar a religiosidade de pacientes com relação às diretrizes propostas e tratamento para lidar com o sofrimento mental.</p>

<p>8-O papel da religiosidade na promoção da saúde do idoso Araújo, Maria Fátima Maciel et al.,</p>	<p>Os resultados apontaram que um índice superior a 90% dos entrevistados reza/ora, e mais de 70% reza diariamente em todos os municípios visitados. Também se observou que as mulheres idosas são mais afeitas aos aspectos religiosos em comparação com os homens idosos.</p>	<p>Considerou-se, portanto, que a religiosidade exerce um papel significativo na existência humana, proporcionando um amparo seguro para lidar com os desafios cotidianos do processo de envelhecimento</p>
<p>9-Religião e Espiritualidade de Idosos Internados em uma Enfermaria Geriátrica. Araújo, Maria Fátima Maciel et al.,</p>	<p>Religião e espiritualidade são recursos relevantes aos quais idosos recorrem no enfrentamento da hospitalização. Reconhecer o bem-estar que estes aspectos proporcionam aos idosos é prestar atendimento humanizado.</p>	<p>Sugere-se o desenvolvimento de mais pesquisas e instrumentos de avaliação acerca do tema, bem como a inclusão de disciplinas que abordam religião e espiritualidade na formação dos profissionais de saúde, dada a importância que a população idosa atribui às suas crenças religiosas e espirituais em momentos de dificuldades</p>
<p>10-Religiosidade e envelhecimento bem-sucedido Aline Dendena, et al.,</p>	<p>Se identificou que há influência da religiosidade no envelhecimento bem-sucedido desses idosos, essa influência é observada por meio da variedade de práticas religiosas, sendo as mulheres as com maior diversidade de comportamentos e práticas religiosas.</p>	<p>Foi possível constatar que a religiosidade se apresenta como uma variável de grande importância no processo de envelhecimento bem-sucedido de idosos; esta é concebida por eles como fonte de apoio no enfrentamento de crises e mudanças ocorrentes nesta fase do desenvolvimento, além de ser mediadora e favorecedora de convívio social</p>

O estudo foi constituído pela análise de 10 artigos que além de apresentar as características/perfil de pessoas na terceira idade, faz uma discussão deste ciclo vital com a religiosidade/espiritualidade no cotidiano desta população. Os estudos foram realizados no território brasileiro, estando divididos entre as regiões Nordeste (2), Sudeste (7) e Norte – AM (1). Destes artigos 7 associam a religiosidade aos cuidados em saúde, e 3 ressaltam a importância da religião para a resiliência, no que concerne à saúde mental.

Em relação aos anos de publicação encontramos a maior concentração em 2011 (3) e 2017 (3), estando o restante distribuídas entre os outros anos. Os resultados foram agrupados nas seguintes categorias temáticas: Práticas religiosas e qualidade de vida; Religiosidade e espiritualidade como suporte emocional; A influência da religiosidade e espiritualidade na resiliência; Religiosidade, saúde mental e apoio social; Religiosidade/espiritualidade e relações com saúde mental.

Discussão

Práticas religiosas e qualidade de vida

Em relação às práticas religiosas, a maioria dos estudos aponta a religião católica como a mais frequentada. Dados que corroboram com o trabalho de Moreira-Almeida *et al.*, (2010), apontam que cerca de 70 % dos idosos se autodeclararam católicos. A religião católica, no Brasil, se configura como a que tem maior número de adeptos e frequentadores, cerca de 64,63% da população distribuída em ambos os sexos, mesmo tendo sido a religião que mais perdeu fiéis em todos os Estados da confederação nos últimos anos (Brasil, 2010).

A religiosidade de pessoas na terceira idade se dá a partir do ato de rezar, meditar e frequentar o culto. As pessoas que participam rezam para agradecer, pedir perdão e proteção (Zenevitz *et al.*, 2012). Acredita-se que a oração possibilita o elo entre as pessoas e Deus, e desta forma as fortaleça exercendo influências sobre a sua saúde (Gomes e Santos, 2014).

Os estudos de Araújo *et al.*, (2012) e Dendena *et al.*, (2012) apontam que as mulheres da terceira idade procuram com maior frequência as práticas religiosas em busca de encontrar paz para enfrentar os eventos da vida e para ter um processo de envelhecimento bem-sucedido.

O que talvez possa explicar a prevalência de mulheres nas religiões é que com a modernização das sociedades, as mulheres começaram a ocupar cada vez

mais os espaços, obtendo maiores direitos e também maiores obrigações, uma vez que passam a assumir uma carga horária tripla de trabalho entre outros fatores. Logo, as mulheres cada vez mais buscam conforto na religião, seja em busca de participação social e/ou espaços de fala, seja pela busca do alívio de questões relacionadas à alma e ao espírito, e também pelo direito de exercício da crença e da busca da salvação, portanto a religião se configura como resposta essencial para os problemas da vida no dia a dia desse público (Scavone, 2008).

O que se tem discutido é que essa religiosidade feminina está muito mais relacionada às práticas religiosas do que propriamente à religião, por entender que esse é um lugar historicamente ocupado pelos homens que dominam sua produção nas diversas sociedades, sendo as normas, regras, doutrinas determinadas por eles em praticamente todas as religiões de que se tem conhecimento (Busin, 2011).

Dendena *et al.*, (2012) relatam em seu artigo que o aumento da religiosidade nos últimos 10 anos vem sendo influenciado pelo envelhecimento populacional. Em sua pesquisa, mostra que por conta das situações de enfrentamento e desenvolvimento pessoal, houve o aumento da religiosidade. Sendo que na outra metade da pesquisa, relata existir uma forte influência da religião na vida dos idosos.

O lazer na vida das pessoas é de extrema importância, pois contribui positivamente no estado de espírito do indivíduo, além de diminuir os efeitos resultantes do processo de envelhecimento. O trabalho de Araújo *et al.*, (2012), relata que a televisão ainda é a atividade de lazer mais realizada entre os idosos que participaram de sua pesquisa (59,6% em Baturité; 75,9% em Fortaleza; 60,8% em Juazeiro do Norte; 71,7% em Quixadá), sendo que uma porcentagem de idosos afirma que o ato de rezar e/ou orar é a atividade mais utilizada para proporcionar divertimento próprio nas horas de lazer (18,4% em Baturité; 37,9% em Fortaleza; 39,2% em Juazeiro do Norte; 15,2% em Quixadá).

Religiosidade e espiritualidade como suporte emocional

Com o avanço da idade, a religiosidade e a espiritualidade tornam-se importantes ferramentas de suporte emocional de grande impacto na saúde física e mental de pessoas na terceira idade. Tanto a espiritualidade quanto a religiosidade são consideradas dimensões socioculturais que fazem parte da rede

de significados criada pelo homem com o objetivo de dar sentido à vida e à morte (Reis e Menezes, 2017).

Diante disso, percebe-se que a fé é um instrumento que pode evitar a desistência e promover a continuidade da luta pela vida. Dessa forma, religiosidade e espiritualidade surgem como estratégia de resiliência que, apesar das suas diferenças conceituais, é inquestionável a influência na melhoria da qualidade de vida da população idosa (Coelho, 2015; Reis e Menezes, 2017).

O termo resiliência deriva do latim *resilientia* que significa “saltar para trás”. Na física se refere à capacidade que os corpos possuem de voltar à sua forma original, após sofrerem choque ou deformação. Pode representar também a capacidade de quem se adapta às intempéries, às alterações ou as adversidades e se recuperar (Sabbag, 2017).

Em diversas ações sociais, educativas e de saúde o conceito de resiliência pode ser utilizado e envolvem sujeitos de todas as idades, da infância até a velhice, já que ela está relacionada ao desenvolvimento humano (Garces, 2017). Sendo assim, a resiliência relacionada com a religiosidade/espiritualidade, pode ser entendida como uma forma de enfrentar as intempéries da vida sem se deixar abater por estes (Brandao; Mahfoud e Gianordoli-Nascimento, 2011).

A influência da religiosidade e espiritualidade na resiliência

Enquanto sujeitos que exercem funções sociais no contexto ao qual estão inseridos, os idosos possuem diversas possibilidades de ser, que também podem ser compreendidas por intermédio da manifestação da fé. Com isso, a prática religiosa e espiritual evidencia uma forte ligação entre a pessoa longeva e Deus. A simbologia de Deus aparece sendo relacionada de forma apaziguadora, reconfortante, acalentadora (Gomes e Santos 2014; Reis e Menezes 2017).

Para Simmel (1997 apud De Oliveira e Alves, 2014) a espiritualidade possui relação com o lado imaterial do homem através do espírito que se encontra conectado com todas as coisas, com a capacidade de sentir na própria consciência. Logo, a partir dela é possível maiores reflexões sobre a sua origem e seu destino, o seu lugar e sua missão no mundo, aumentando o sentido e entusiasmo de viver.

Nesse sentido, o estudo de Reis e Menezes (2017), aponta que a prática religiosa auxilia na redução da ansiedade, adiciona esperanças e amplia as portas para a imensidão e o significado da existência. Isso se dá através das

preces/orações que pode possuir um teor de agradecimento ou súplica, feitas em silêncio ou não, com o coração alegre ou triste.

Em relação à ansiedade, Oliveira e Junges (2012), afirmam que a religiosidade disponibiliza recursos para enfrentar situações estressantes inevitáveis na vida, assim, esses sujeitos estão ancorados na crença advinda das práticas que possibilitam-lhes ter maior esperança. Assim, a experiência espiritual enaltece a felicidade geral e saúde física, além disso, desestimular comportamentos pouco saudáveis, contribuindo para o envelhecimento bem-sucedido (Reis e Menezes, 2017).

Devido aos desgastes físicos e mentais de pessoas longevas percebe-se que a fé/religiosidade/espiritualidade facilita a aceitação de resultados negativos decorrentes da cronicidade de doenças. Dessa forma, as crenças auxiliam no processo de ressignificação por meio do qual esses sujeitos encontram novos significado para aquela situação, ou até mesmo, interpretem como sendo um plano maior de Deus (Reis e Menezes, 2017).

Ainda nesse aspecto, Santos (2013) ressalta como a “velhice” pode trazer sofrimento diante da incapacidade funcional que é compreendida como o conjunto de limitações e dificuldades para realização de atividades cotidianas ou a restrição delas na participação social. Nesse sentido, a experiência corporal de incapacidade nesses sujeitos é sustentada, a partir do modo como a pessoa lida com o estresse que é o processo de *coping* ou enfrentamento.

Nessa perspectiva, a espiritualidade surge como mecanismo de enfrentamento e através dela é possível aliviar dores, reduzir o estresse psicológico e, muitas vezes, a vontade de desistir. Assim sendo, a religiosidade e a espiritualidade podem significar para os idosos uma estratégia de enfrentamento diante dos eventos frustrantes como perdas financeiras com a chegada da aposentadoria; perda do vigor, da beleza, da juventude; aumento de acometimentos crônicos; redução ou perda da independência e autonomia; perda de familiares e amigos; e a aceitação ou negação do fim da vida (Reis e Menezes, 2017).

Na pesquisa de Garces (2017), os achados indicam que “50,2% das idosas institucionalizadas apresentam alto bem-estar espiritual, enquanto 75,9% demonstraram alto apoio social e 79,7% apresentaram alto nível de resiliência.” Com isso, percebe-se que foi encontrada uma correlação positiva entre bem-estar espiritual e resiliência, e também uma conexão entre as escalas de resiliência e de apoio social.

Religiosidade, saúde mental e apoio social

De acordo com (Corrêa *et al.*, 2011), a frequência de eventos religiosos está associada a diversas medidas de apoio social, demonstrando que níveis mais altos de religiosidade podem promover uma maior interação entre os sujeitos. Nesse sentido, a pesquisa aponta que o envolvimento religioso pode promover comportamentos ou atitudes que aumentam a felicidade, a satisfação e o bem-estar geral.

Nesse aspecto, a psicologia positiva entende que é importante romper com o viés negativo e focar nos aspectos positivos, no que traz felicidade, promovendo assim qualidade de vida. Dessa maneira, os efeitos da espiritualidade/ religiosidade associados a essa nova ideia pode beneficiar os sujeitos envolvidos, apontando-lhes as perspectivas que lhes trazem esperança e não o medo, auxiliando assim em sua resiliência (Pacico e Bastianello, 2014).

No que se refere à relação entre religiosidade e apoio social apontam que, ela pode ser explicada pelo fato desses sujeitos terem mais tempo disponíveis para engajar-se nessas atividades que costumam servir como formas de socialização (Corrêa *et al.*, 2011). Além disso, por meio de atividades religiosas é possível ampliar espaço interpessoal, acolhedor e confiante para facilitar o contato entre os membros em momentos difíceis.

As práticas e crenças religiosas proporcionam o desenvolvimento de redes de convívio que favorecem um maior contato social para esses sujeitos. O envolvimento em comunidades religiosas tem relação com o melhor estado de saúde. O fortalecimento das redes sociais desses sujeitos é de suma importância para o enfrentamento das situações do cotidiano (De Assis, Gomes e Zentarski, 2013).

Quando nos referimos às redes sociais estamos fazendo alusão às relações estabelecidas pelos sujeitos através dos vínculos formais, como por exemplo, contatos com profissionais de saúde, com professores, serviços estatais, de segurança social e os organizados pelo poder local. Já no que diz respeito às redes informais temos que, estas se dão nas relações com todos os demais sujeitos como: familiares, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, tendo como características o envolvimento afetivo e a proximidade. Essas relações são, portanto, consideradas como de maior importância pessoal e afetiva para a saúde das pessoas na terceira idade (Martins, 2016).

Sendo assim, teriam o papel de incentivar algumas das atividades pessoais relacionadas positivamente à melhora dos cuidados com a saúde. “As redes de

apoio social para os idosos têm uma função primordial quando contribuem para que eles se sintam queridos, valorizados e tenham o sentimento de pertença a um grupo. Assim, diminuem-se os sentimentos de solidão, isolamento e anonimato” (Rodrigues e Da Silva, 2013 p. 161).

No que diz respeito ao estabelecimento das redes de acordo com o estudo de Garces (2017) as mulheres idosas entrevistadas buscam a companhia de alguém para conversar e contar seus problemas, receber conselhos, afeto e carinho. Esses resultados podem estar relacionados ao fato de que a maioria das idosas entrevistadas é independente, autônoma e capaz de realizarem suas próprias atividades cotidianas.

O ser humano é um ser social e a possibilidade do convívio com seus pares em grupos favorece o compartilhamento de questões relacionadas com as preocupações da fase da vida como perda do cônjuge, afastamento de filhos, aposentadoria, entre outras questões, sendo a religiosidade, portanto, um espaço de convívio que beneficia saúde desses sujeitos (Bigossi, 2014).

Nessa perspectiva o apoio é percebido a partir da subjetividade de cada um, e se traduz pela crença generalizada que os indivíduos desenvolveram de que os outros se interessam por eles, que estão disponíveis quando eles precisam, e isso suscita satisfação quanto às relações que têm (Martins, 2005 e Garces, 2017).

Ao estudar o efeito mediador do suporte social Krause apud Corrêa *et al.*, 2011 descobriu uma forte associação entre o apoio oferecido e a saúde física/mental dos sujeitos em relação ao apoio recebido. Com o estudo, fica evidente que auxiliar os outros pode aumentar a autoestima daqueles que oferecem apoio e ajudá-los a resolver e superar seus próprios problemas.

O estudo de Ribeiro e Schutz (2007) aponta que na fala das idosas institucionalizadas não faz parte da rotina delas as trocas afetivas que possibilitam a partilha de sofrimentos, tristezas, preocupações e alegrias. Dessa maneira, o sentimento de abandono pela família ou pelo cônjuge não é compartilhado e surge carregado de sofrimento, solidão, tristeza, desamparo e desprezo.

Sendo assim, as relações estabelecidas entre as redes sociais na terceira idade favorecem autoestima e autoconfiança desses sujeitos e assim influencia no aumento da vontade de viver, além de uma maior sensação de empoderamento, uma vez que estes sujeitos se reconhecem como atores de seu cuidado, bem como alguém importante para o cuidado dos outros (Paúl, 2017).

Considerações finais

O desenvolvimento humano ocorre de forma constante tanto no que se refere ao aspecto biológico e psicológico quanto no aspecto espiritual. Sendo assim, a religiosidade/espiritualidade tem se configurado como alvo de estudos no que tange aos seus efeitos terapêuticos em pessoas na terceira idade. Torna-se evidente o papel positivo que a religiosidade e a espiritualidade exercem sobre a vida de pessoas na terceira idade, tendo relevância na saúde mental e física e favorecendo uma melhor qualidade de vida.

Com os achados estudados é possível afirmar que, foi recorrente o aparecimento do termo “velhice” e sem a colocação das aspas. Nesse sentido, vale ressaltar que é preciso ter cuidado com as formas que são colocados os termos, uma vez que já existe, por parte da sociedade e dos próprios sujeitos, a ideia de que o ser idoso é algo ruim, sem utilidade social. Com isso, ao utilizar a nomenclatura “velhice”, os estudos podem contribuir para disseminação e perpetuação de ideias discriminatórias.

No que se refere às limitações do trabalho, há uma escassez de estudos que utilizavam a expressão “terceira idade” e dessa forma optou-se por realizar as pesquisas com o termo: idosos. Acreditamos ser pelo fato de que este termo, “terceira idade” ser recente. Além disso, são escassos os estudos nacionais que correlacionam à espiritualidade/religiosidade e doenças mentais.

A maior parte dos estudos trata da influência da religiosidade na saúde mental, e poucos trazem o termo espiritualidade e, quando trazem, costumam estar associados à religiosidade. Isso ocorre, provavelmente, porque a crença em algo sagrado está na maioria das vezes associada a alguma religião.

Avaliando a influência que a religiosidade exerce sobre a saúde das pessoas na terceira idade, constatou-se que a maioria dos estudos analisados fez uma correlação íntima entre o bem-estar físico e mental desses sujeitos, tendo em vista que avaliam a relação entre as práticas religiosas e uma melhor qualidade de vida. No que diz respeito às práticas religiosas, os estudos trazem que existe um elevado envolvimento em práticas comunitárias como cultos e encontros com seus pares.

A adoção do tema configura-se como de extrema importância e se faz necessário principalmente para profissionais da saúde que buscam oferecer uma saúde integral e holística. Assim sendo, é indispensável o reconhecimento e o respeito às crenças para a valorização da vida dos sujeitos na terceira idade.

Em síntese, ficou evidente que existe relação entre as dimensões físicas, espirituais e psicológicas, que possibilita efeitos positivos no bem-estar físico e na saúde mental de pessoas idosas.

Referências

- ALVES, J. E. D. (2014). **Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento**. Revista Portal de Divulgação, n°40: 8-15.
- ARAÚJO, M. F. M., DE ALMEIDA, M. I.; Cidrack, M. L., Queiroz, H. M. C., Pereira, M. C. S., & Menescal, Z. L. C. (2012). **O papel da religiosidade na promoção da saúde do idoso**. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v.21, n° 3: 201-208.
- ARAÚJO dos Reis, L; & DE OLIVA MENEZES, T. M. (2017). **Religiosidade e espiritualidade nas estratégias de resiliência do idoso longo vivo no cotidiano**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.70, n°4: 794-799.
- BIGOSSI, F. (2014). **Envelhecimento e religiosidade: a sociabilidade construída através da fé**. *Revista do Núcleo de Estudos de Religião e Sociedade* (NURES). ISSN 1981-156X, n°27: 1-7.
- BORIM, F. S. A., BARROS, M. B. D. A., & BOTEAGA, N. J. (2013). **Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas**. São Paulo, BRASIL. *Cadernos de Saúde Pública*, n°29: 1415-1426.
- BRANDÃO, J. M.; MAHFOUD, M.; & GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F. (2011). **A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens**. *Paidéia*, v.21, n°49: 263-270.
- BRASIL.(2010). Censo Demográfico, 2010. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Rio de Janeiro; 2010.

BRASIL. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2010**. Rio de Janeiro; 2010.

BUSIN, V. M. (2011). Religião, sexualidades e gênero. **Revista de Estudos da Religião (REVER)**, v.11, nº1: 105-124.

CHAIMOWICZ, F. (2013). **Envelhecimento populacional e saúde dos idosos**. In: CHAIMOWICZ, F Saúde do idoso. Belo Horizonte: NESCON UFMG, nº2: 13-52.

CHAUÍ, M. (1995). **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 14º ed.

COELHO, S. I. G. (2015). **Espiritualidade/Religiosidade e qualidade de vida em idosos institucionalizado**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Instituto Universitário da Maia .

CORRÊA ,Alexandre Augusto Macedo; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; MENEZE, Paulo R.; VALLADA, Homero, & SCAZUFCA, Marcia. (2011). **Investigating the role played by social support in the association between religiosity and mental health in low income older adults: results from the São Paulo Ageing & Health Study (SPAH)**. Revista Brasileira de Psiquiatria, v.33, nº2: 157-164.

DE ASSIS, Cleber Lizardo; GOMES, Juliana Maria; ZENTARSKI, Leni de Oliveira Freitas. Religiosidade e qualidade de vida na terceira idade: uma revisão bibliográfica a partir da produção científica. Revista de Estudos da Religião (REVER), v.13, nº2: 119-148.

DE OLIVEIRA DUARTE, Y. A., LEBRÃO, M. L., Tuono, V. L., & LAURENTI, R. (2008). **Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo**. Saúde Coletiva, v.5, nº24: 173-177.

DE OLIVEIRA, R. M., e ALVES, V. P. (2014). **A qualidade de vida dos idosos a partir da influência da religiosidade e da espiritualidade:**

cuidados prestados aos idosos institucionalizados em Caetité (BA). Revista Kairós: Gerontologia, v.17, n°3: 305-327.

DENDENA, A., DALLAZEN, C. C., LYRA, L. R., & TOSI, P. S. (2012). **Religiosidade e envelhecimento bem-sucedido.** Unoesc & Ciência-ACHS, v.2, n°2: 184-197.

GARCES, S. B. B.; FIGUEIRÓ, M. F.; HANSEN, D.; Rosa, C. B., BRUNELLI, A. V.; BIANCHI, P. D. A.; & DO NASCIMENTO, B. B. **Resiliência entre mulheres idosas e sua associação com o bem-estar espiritual e o apoio social.** Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, v.22, n°1: 9-30.

GOMES, E. S. L., & DOS SANTOS, B. H. **Imagens religiosas em idosos: Um estudo sobre a angústia diante do tempo e da morte.** Revista do Núcleo de Estudos de Religião e Sociedade (NURES). ISSN 1981-156X, n 27: 1-6.

MARTINS, Martins, R. M. L. (2016). **A relevância do apoio social na velhice.** Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health, n 31: 128-134.

OLIVEIRA, M. Regina de, & JUNGES, J. R. (2012). **Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos.** Estudos de Psicologia, v.1, n°3: 469-476.

PACICO, J. C., & BASTIANELLO, M. R. (2014). **As origens da psicologia positiva e os primeiros estudos brasileiros.** Hutz, CS Avaliação em Psicologia Positiva. Porto Alegre: Artes Médicas. 13-21.

PAÚL, C. (2017). **Envelhecimento activo e redes de suporte social.** Sociologia: Revista Da Faculdade de Letras Da Universidade Do Porto, n°15: 275-287.

REIS, L. A. D., & MENEZES, T. M. D. O. (2017). **Religiosity and spirituality as resilience strategies among long-living older adults in their daily lives.** Revista brasileira de enfermagem, v.70, n°4: 761-766.

Capítulo 12 – A influência da religiosidade /espiritualidade na saúde mental durante o processo de envelhecimento

RIBEIRO, Ribeiro, A. P., & SCHUTZ, G. E. (2007). **Reflexões sobre o envelhecimento e bem-estar de idosas institucionalizadas**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v.10, n° 2: 191-201.

RODRIGUES, A. G., & DA SILVA, A. A. (2013). **A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados**. Revista brasileira de Geriatria e Gerontologia, v.16, n°1 :159-170.

ROTHER, Edna Terezinha. **Revisão sistemática X revisão narrativa**. Acta paul. enferm., São Paulo , v. 20, n. 2, p. v-vi, June 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 16 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.

SABBAG, P. Y. (2017). **Resiliência: Competência para enfrentar situações extraordinárias na sua vida profissional**. Alta Books Editora. 111-118

SANTOS, A. R. M., DE OLIVEIRA CARTAXO, H. G., da Silva, E. A. P. C., de Moura, P. V., & de Freitas, C. M. S. M. (2013). **Usando o tempo a favor do bem-estar: uma configuração do estilo de vida dos idosos**. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, v.18, n°1: 27-43.

SANTOS, W. J. D., Giacomini, K. C; PEREIRA, J. K; & FIRMO, J. D. O. A. (2013). **Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas**. Ciência & Saúde Coletiva, v.18: 2319-2328.

SCAVONE, L. (2008). **Religiões, Gênero e feminismo**. Rever, 1-8.

VICENTE, A. R. T., CASTRO-COSTA, É., FIRMO, J. D. O. A., LIMA-COSTA, M. F., & LOYOLA FILHO, A. I. D. (2018). **Religiousness, social support and the use of antidepressants among the elderly: a population-based study**. Ciência & saúde coletiva, n°23: 963-971.

ZENEVICZ, L., Moriguchi, Y; & MADUREIRA, V. S. F. (2013). **A religiosidade no processo de viver envelhecendo**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.47 n°2: 433-439.

ZERBETTO, S. R; GONÇALVES, A. M. D. S; SANTILE, N; GALERA, S. A. F; ACORINTE, A. C; & GIOVANNETTI, G. (2017). **Religiosidade e espiritualidade: mecanismos de influência positiva sobre a vida e tratamento do alcoolista**. Escola Anna Nery, v.21, n°1: 1- 8.

Capítulo 13

Violência de gênero entre parceiros íntimos e a escola em Nampula-Moçambique

Lucildina Muzuri Conferso Sunde⁹

Izabella Barison Matos

Roger Flores Ceccon

Introdução

A primeira autora é africana, de Moçambique, professora há oito anos em uma instituição pública – Centro de Recursos de Educação Inclusiva Josina Machel - vinculada ao Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano (MEDHM), em Anchilo, na zona rural da província de Nampula, ao norte do país. Nesta condição foram percebidas repercussões negativas na vida e no desempenho escolar de alunos, entre oito a 12 anos, que revelaram vivenciar atos violentos dos pais contra as mães, no cotidiano familiar. Assim, esta pesquisa trata de uma contribuição à Moçambique pelo fato de ter sido mantido vínculo institucional para a realização da pesquisa fora do país. Por isso, o objetivo foi compreender o fenômeno da Violência de Gênero entre Parceiros Íntimos (VGPI), apontando a possibilidade do ambiente escolar para seu enfrentamento.

Denominada pela literatura sob diferentes expressões - violência doméstica, violência contra a mulher ou violência de gênero entre parceiros íntimos - refere-se à mesma situação: mulheres sofrendo violência de maridos, namorados, amantes ou “ex”. Este tipo de violência será denominado, neste manuscrito, de Violência de Gênero entre Parceiros Íntimos, cuja sigla utilizada será VGPI. Pesquisadores e diferentes autores - por meio de documentos de

⁹ A autora contou com a permanência do vínculo institucional, junto ao Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano de Moçambique, para realizar a pesquisa fora do país, que originou a dissertação de mestrado junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol) da UFRGS.

organizações multilaterais, relatórios de instituições de ajuda humanitária ou de organismos civis moçambicanos - têm se debruçado sobre o tema há várias décadas e reafirmam o entendimento do fenômeno como um grave problema de saúde pública no mundo. Além disso, trata-se de violação aos direitos humanos, presente em todas as épocas da história e de países pobres e ricos (Balestero e Gomes, 2015; Coelho; Silva e Lindner, 2018; Gomes *et al.*, 2018; Minayo, 2020).

Autores moçambicanos reconhecem a existência de evidências, principalmente em contextos rurais do país, que mostram mulheres excluídas do acesso à educação e desestimuladas a estudar. Isto porque persiste o entendimento de que o lugar da mulher é no ambiente doméstico para cuidar das crianças, da casa, preparar o banho para o homem e trabalhar nas *machambas* (roças/lavouras), a fim de garantir a sobrevivência da família (Agy, 2020; Osório, Cruz e Silva, 2021). A província de Nampula, ao norte, apresenta um histórico, como o de Moçambique, de conflitos armados, analfabetismo feminino e ausência de serviços básicos de educação, saúde e sociais (Slegh *et al.*, 2017; Osório e Silva, 2021; Moçambique, 2022).

Nampula é uma região com prevalência crescente de Infecções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) entre mulheres e meninas, assim como a presença da poligamia e de altas taxas de casamento precoce, práticas culturais que contribuem com a persistência da VGPI (Moçambique, 2016ab, 2022). Identifica-se barreira linguística, pois a língua portuguesa, que é a oficial e usada nas escolas, não é a mais falada, principalmente no espaço rural. O próprio “Ministério de Género, Criança e Acção Social” informa que escolas se ressentem da inexistência de material informativo sobre igualdade de gênero em línguas locais (Moçambique, 2022).

Na contemporaneidade, episódios deste tipo de violência intensificaram com a pandemia de Covid-19 e cerca de 18% das mulheres e meninas de 15 a 49 anos no mundo disseram ter sofrido violência física ou sexual perpetrada por parceiro íntimo atual ou anterior (Aug-Wgdd, 2020). Recomendações para a prevenção da Covid-19, como o fechamento de escolas e outras instituições, acabaram aumentando o risco de ocorrência da violência, principalmente em países africanos (Aug-Wgdd, 2020). Nestes, a prevalência de violência mostrou-se exacerbada, embora tenha sido percebida como normal em narrativas de mulheres do norte do país ouvidas por autoras moçambicanas (Osório e Silva, 2021).

A partir desta contextualização, este estudo foi desenvolvido por entender que é preciso aprofundar o conhecimento sobre a VGPI como fenômeno persistente na zona rural do norte de Moçambique, além de contribuir para o seu enfrentamento. Assim, abordar gênero na escola pode ser uma das possíveis intervenções para que o ciclo da violência não se perpetue e não continue sendo transmitido de geração em geração. A fim de compreender melhor tal quadro esboçado, este manuscrito apresentará o referencial teórico que sustentou conceitualmente o estudo, descreverá o processo metodológico, analisará os resultados, apontará propostas de ação no ambiente escolar e, por fim, as conclusões da investigação.

Aspectos conceituais e contextuais do estudo

Ao tratar da violência e de sua contextualização, Minayo (2020, p. 22) afirma que se trata de “uma questão sociopolítica”, enquanto para Schraiber *et al.* (2009, p. 1020) configura-se como um “acontecimento sociocultural” e Dahlberg e Krug (2007) afirmam ser constitutivo da experiência da humanidade. Diferentes formas de violência já foram assinaladas: estrutural, institucional, interpessoal, em espaços sociais, intrafamiliar, auto-infligida e cultural e todas impactam na vida coletiva e individual. Nesta última categoria – da violência cultural – se inserem três tipos de violência: racial, contra pessoas diferentes e de gênero, que tratamos neste estudo.

A violência de gênero é manifestada por meio de crenças, valores e práticas que se reproduzem e acabam naturalizando-a (Minayo, 2020), sendo as mulheres um grupo vulnerabilizado. Na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência de gênero é caracterizada como o comportamento decorrente de relação íntima causadora de danos: físico, sexual ou psicológico, agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e controle (OMS, 2012). Ceccon e Meneghel (2019) entendem a violência de gênero a partir desta definição, detalhando que é todo e qualquer ato violento cometido por um homem direcionado à mulher, que envolve ameaças, coerção ou privação da liberdade em espaços públicos ou privados.

Trata-se de um fenômeno que ocorre praticamente em todas as sociedades, em faixas etárias amplas, independentemente da classe social, raça ou etnia e caracteriza-se por situações de opressão e crueldade que são socialmente construídas e reproduzidas no dia a dia, por homens contra mulheres (Minayo, 2020). Neste sentido, as representações conservadoras de

estereótipos de masculinidade e feminilidade, que colocam o homem como provedor e a mulher em posição de submissão, apontam o caráter estrutural, cultural e social que se traduz em desigualdades de gênero, apresentando raízes históricas em diferentes países (Bessa, 2020). A natureza da violência pode ser também categorizada, embora não haja consenso, como física, sexual e psicológica, além de negligência, abandono ou privação de cuidados (Dahlberg; Krug, 2007; Minayo, 2020).

Na África, a curva ascendente de crimes de VGPI é relatada em um estudo que constatou que 71% das mulheres residentes no espaço rural relataram agressão e outras violências cometidas por parceiros íntimos (União Africana, 2012). Em Moçambique o uso da violência para resolver diferenças e problemas é normalizado pela sociedade (Moçambique, 2022).

O país tem 30,8 milhões de habitantes, sendo que 45% dos moçambicanos têm menos de 15 anos de idade. Cerca de 52% da população são mulheres, a esperança de vida da população é de 53,7 anos, e apresenta elevada taxa de pobreza: 63% vivem com menos de US\$ 2 por dia. Há baixos índices de desenvolvimento socioeconômico e insuficiência de políticas públicas, violências de diversas formas e crimes de VGPI. Nas províncias de Nampula, Sofálo e Gaza, 45,5% das mulheres e meninas dizem ter sofrido alguma forma de violência - sexual ou física - durante a vida; em Nampula, Maputo e Beira encontram-se as maiores taxas de prostituição e exploração sexual infantil (Moçambique, 2022).

Em 2017, na província de Nampula, foi registrada a maior frequência de casos criminais (violência física, moral, patrimonial, psicológica e social) e é uma das cinco províncias que teve maior frequência de casos cíveis (separação/divórcio e pensão alimentícia); em 2016 foram 390 e, em 2017 foram 510 casos (Moçambique, 2017). Juntamente com as províncias do norte Niassa e Zambézia-Nampula apresenta os piores índices de educação, saúde, sociais e em termos de práticas socioculturais como o lobolo (dote), a poligamia, e o casamento prematuro tem o maior número absoluto. A taxa de casamentos prematuro, no país, é de 48,2% para menores de 18 anos e 14,3% para menores de 15 anos (Moçambique, 2022).

No país, o grande desafio da saúde pública é o enfrentamento de casos de HIV, pois em 2018 as mulheres perfaziam 60% das pessoas convivendo com a doença (Moçambique, 2022). Também o norte do país é a região que apresenta maior número de casos de infecção por HIV e responsável por contribuir com

prevalência crescente da infecção, aumentando as desigualdades de gênero, pois as meninas e mulheres estão mais suscetíveis (Moçambique, 2016a).

Além da distribuição geográfica irregular, as províncias do norte têm menor acesso aos serviços de saúde, à água e saneamento básico, bem como à proteção social. Em 2019, nestas províncias, o analfabetismo feminino correspondia em Nampula a 71,2%; em Zambézia a 71,9% e em Niassa a 72,4%. Em termos de escolaridade, o acesso à educação apresenta grande disparidade entre homens e mulheres, principalmente entre os mais jovens (Moçambique, 2016b). Osório e Silva (2021), em estudo numa perspectiva de gênero, revelam que mulheres e meninas da região norte são desigualmente afetadas.

Fatores como forte herança cultural, calcada na tradição ancestral que delega às religiões, principalmente a evangélica, o controle dos maus espíritos, é comumente utilizado para explicar a saúde e o bem-estar, como também conflitos familiares ou entre casais (Slegh *et al.*, 2017). Transmitida de geração em geração, esta cosmovisão faz parte do cotidiano da população e, de forma acentuada, dos que habitam no espaço rural. Autoras moçambicanas reforçam que este contexto regional de pluralismo religioso e étnico impactam nas desigualdades de gênero, uma vez que a religião mantém a distribuição desigual de poder, tendo a diferenciação entre os sexos como dogma (Osório e Silva, 2021).

Nesta direção, autores de pesquisa sobre masculinidade, pobreza e violência em Moçambique - ao se referirem às políticas e às leis - afirmam que o papel dos antepassados ainda é significativo nas percepções contemporâneas de gênero. Estes citam práticas encontradas junto à população rural que funcionam como controle de comportamentos, tais como o *lobolo*, que é o dote pago pelo noivo à família da noiva, a fim de assegurar a legitimidade social da união (Slegh *et al.*, 2017). Este estudo apresenta a poligamia como prática naturalizada, o rito de iniciação à vida adulta que implica em período no mato, onde meninos aprendem a sobreviver e se tornam homens - deixando de frequentar a escola por um tempo. Outra prática, a do *levirato*, é destinado às mulheres que, ao ficarem viúvas, devem viver sexualmente com alguém da família do falecido para garantir, assim, a continuidade da família (Slegh *et al.*, 2017).

Estudos sobre a região norte e a violência informam que o conflito armado (2017-2020), na Província de Cabo Delgado, trouxe reflexos em Nampula, uma vez que envolveu questões sociais (exclusão, ausência de serviços e

investimentos públicos), econômicas (desemprego e falta de perspectivas), religiosas (expansão do islamismo mais radical) e políticas (exploração de hidrocarbonetos e minérios por corporações com parceria do Estado na Base Logística de Pemba que promoveu expropriações de terras) (ASFC, 2018; Osório e Silva, 2021). Nesta questão, o Relatório da Associação Advogados Sem Fronteiras do Canadá (ASFC) é contundente ao denunciar que tais conflitos deixam um profundo legado de traumas, principalmente em mulheres e meninas, vítimas que não conseguem processar as violências sofridas pela falta de mecanismos apropriados (ASFC, 2018).

Importante observar que famílias que vivenciam situações de violência tendem a dar destaque à figura masculina na hierarquia familiar, bem como prestar obediência, identificando-se como características do sistema patriarcal (Ceccon e Meneghel, 2019). Aí inclui-se a associação da masculinidade com dominação e soberania (Scriber *et al.*, 2009). Sobre o patriarcado, Saffioti (2015) afirma que sua base material e social é explicitada na divisão sexual do trabalho, na qual cabe às mulheres os serviços domésticos no espaço privado e os serviços sexuais aos seus maridos/companheiros, de maneira gratuita; desta posição masculina também emerge o poder político.

Reconhece-se que o fenômeno da VGPI está relacionado à cultura patriarcal, fenômeno complexo vinculado às relações de poder, baseadas no gênero, onde o direito masculino de dominação da mulher se traduz na masculinidade (Heise, Pitangy e Germain, 1994). No patriarcado há certa ritualização do masculino cujas características de ação, de decisão, de chefia da família e da paternidade remetem à figura de provedor e, deste modo, a posição social do masculino é naturalizada e o poder da violência é legitimado pela sociedade.

A dominação e a exploração, características do sistema patriarcal, atingem a família e a sociedade em seus diversos campos da vida: religião, escola, trabalho e política (Saffioti, 2015). Para Osório e Silva (2021), autoras moçambicanas, o patriarcado independe das ideologias uma vez que se sobrepõe a elas. Para o enfrentamento de tal situação, ações emanadas do Estado, na educação e na saúde, relativas à VGPI, devem ser formuladas como políticas públicas. A sensibilização do Estado para propor e implementar políticas de gênero no ambiente escolar dependerá desta mobilização, que é pautada em determinações mais amplas oriundas de organismos multilaterais como a Organização das Nações Unidas (ONU), o Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) ou a OMS.

Este é o primeiro passo do ciclo da política, que é composto por diferentes etapas: definição da agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, implantação, implementação e avaliação (Souza, 2006). No caso dos países africanos, dentre os quais Moçambique, identifica-se certo esforço do governo na criação de legislações pró-combate às desigualdades de gênero, no entanto ainda não se atingiram as metas definidas na década passada em termos de acesso das meninas ao ensino, por exemplo (Moçambique, 2016ab).

Em termos de promoção da vida e de prevenção da violência, a OMS (2012) já informava que vários países têm reconhecido o fenômeno da VGPI ao promulgar leis criminalizando a violência, criando aparato legal, de saúde e social para atendimento às vítimas. Mas, ao mesmo tempo, a própria OMS observava a falta de correspondência em relação às ações preventivas. Ações coletivas em diferentes áreas – como educação, serviços sociais, justiça, ministério público, segurança pública, poder legislativo, movimentos sociais ou organizações não-governamentais – são recomendadas para que governos e sociedade assumam o papel de proporcionar melhoria de vida para seus cidadãos (Minayo, 2020).

Iniciativas governamentais, individuais, comunitárias, de organizações, parceiros externos e internos aos países que buscam o enfrentamento ao fenômeno da VGPI devem considerar o ambiente escolar como espaço importante para o desenvolvimento de ações de prevenção e de promoção (Dahlberg e Krug, 2007). Filipe *et al.*, (2008) entendem a escola como um local de referência, onde ocorre a formação de sujeitos e a possibilidade de abordagens ligadas a gênero contribuírem com reflexões no cotidiano escolar, podendo ser uma das formas para que as gerações futuras não desenvolvam ou reproduzam comportamentos violentos.

Procedimentos metodológicos

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, pois estuda o fenômeno da VGPI proporcionando a apreensão de significados, valores e comportamentos que conformam uma realidade social (Minayo, 2014). Em relação aos objetivos é descritivo, já que descreve a VGPI como fenômeno da realidade de mulheres moçambicanas rurais em diferentes dimensões: social, religiosa, cultural, política e econômica, com implicações na persistência do fenômeno.

Quanto à natureza é aplicado uma vez que pretende gerar conhecimentos para aplicação prática, envolvendo propostas para o ambiente escolar em uma

instituição pública na zona rural da província de Nampula, ao norte do país, junto a alunos com necessidades especiais. Este estudo também é uma contribuição à Moçambique, já que uma das autoras saiu do país com licença remunerada pelo Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano para realizar o mestrado.

Quanto aos procedimentos, trata-se de pesquisa documental e bibliográfica com breves narrativas da primeira autora. O exercício da narrativa revelou-se quando da necessidade de reviver e registrar situações passadas “como elemento mediador de experiência” (Carvalho, 2003). Na pesquisa documental o estudo recorreu a documentos normativos oficialmente reconhecidos (leis, decreto-lei, regulamentos, relatórios, tabelas estatísticas, fotografias e material de diferentes mídias), como fonte de pesquisa descritiva. A pesquisa bibliográfica consistiu no levantamento de publicações como livros, manuais, artigos científicos, resenhas e outras publicações virtuais.

Em ambas foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “violência de gênero”; “violência entre parceiros íntimos”; “violência contra a mulher”; “violência contra a mulher rural”; “violência doméstica”; “educação sexual”; “gênero na escola”; “gênero e transversalidade na escola”; “gênero e educação”. Como descritores foram utilizados os termos “violência de gênero”; “educação sexual”; “zona rural”; “Moçambique”.

Os critérios de inclusão foram: artigos em língua portuguesa, completos e disponíveis *on-line*. Dentre os critérios de exclusão, elegeram-se: a duplicidade, não estar disponível gratuitamente, e não estar relacionado ao tema, palavras-chave, descritores.

Realizou-se análise dos conteúdos na perspectiva da hermenêutica dialética (Minayo, 2014), que busca apreender a prática social empírica dos indivíduos que vivem em realidades diferentes e pertencem a grupos, classes e segmentos diversos, marcados por momentos históricos. Assim, tal perspectiva foi considerada mais adequada ao estudo.

Como as fontes utilizadas consistiram de produção digital, originária de órgãos públicos, organismos internacionais e não governamentais (ONG) e de publicações técnico-científicas disponíveis na *internet*, não houve submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão

Em diferentes países são comuns representações conservadoras de masculinidade e feminilidade, que colocam o homem como provedor e a mulher em posição de submissão, apontando o caráter estrutural, cultural e social. Essas representações produzem desigualdades de gênero e apresentam raízes históricas (Bessa, 2020).

Como a maioria dos países da África Subsaariana, Moçambique apresenta grande dependência externa, problemas socioeconômicos, sanitários, políticos, insegurança alimentar, desastres naturais (em 1995, 2000 e 2019) e conflitos armados (Martins e Hansine, 2020; Moçambique, 2022). A guerra pela independência conquistada em 1975, após mais de uma década de guerra civil (de 1977 a 1992), de um conflito político-militar (de 2012 a 2014), sendo o último (de 2017 a 2020) na região norte, atingindo Nampula, exemplificam a afirmação.

Em confrontos, mulheres e meninas são mais vulneráveis, e em Moçambique as décadas de violência armada se refletem nas relações entre homens e mulheres (Osório e Silva, 2021). A história pessoal e episódios de violência vivenciados na família são citados como fatores de risco que parecem se associar com a violência até a fase adulta (Slegh *et al.*, 2017). Por ocasião de conflitos armados ou catástrofes ambientais, a violência se intensifica como parte do cotidiano (Moçambique, 2022) e tende a ser naturalizada.

Corroboram com a condição subalterna na hierarquia familiar das mulheres e meninas do espaço rural: o isolamento geográfico, a cultura patriarcal, os hábitos sociais - que a tornam responsável pelos serviços domésticos, além de trabalhar nas *machambas*, buscam água em longas distâncias, dependência econômica, analfabetismo, pobreza, e culto das tradições culturais ancestrais (Slegh *et al.*, 2017; Moçambique, 2022). Percebe-se certa normalização e naturalização da VGPI por parte da sociedade moçambicana, o que pode ser explicado, em parte, pelo fato de a relação do casal apresentar também bons momentos e, assim, garantir o giro sem fim do ciclo de violência.

Historicamente, problemas conjugais são resolvidos pela família e/ou pessoas próximas sem a interferência de órgão/instância legal-policial e sem a ação do Estado (Slegh *et al.*, 2017). A legislação de proteção à mulher é de 2009 (Moçambique, 2009) e outras iniciativas carecem de eficácia, o que sinalizou para a elaboração de um plano para o enfrentamento da violência baseada no gênero, de 2018 a 2021. Este apontou cinco estratégias para o seu

enfrentamento: I. Prevenção, conscientização e educação; II. Melhoria das respostas à violência baseada no gênero; III. Melhor harmonização do quadro legal; IV. Estudos e investigações para ampliação do conhecimento a respeito; V. monitoramento e avaliação das ações políticas e estratégias em curso (Moçambique, 2018).

Tal situação, de ausência de eficácia, se estende a outras políticas, dentre as quais a de criação de *Unidades de Gênero*, por parte do Ministério da Educação e do Desenvolvimento Humano” (Osório e Silva, 2021; Moçambique, 2022). Para melhor entender as críticas à esta política apresentaremos dados a respeito bem como o sistema educacional em Moçambique.

Sistema Nacional de Educação de Moçambique e políticas de enfrentamento das desigualdades de gênero

A educação colonial, que se estendeu até 1975, apresentava caráter discriminatório, uma vez que havia dois tipos de escola: uma para os filhos da população negra ou indígena e outra para brancos e “assimilados”, que eram os nativos que aderiram à cultura portuguesa (Guebert e Rodrigues, 2021). Calimua e Figueiredo (2021) informam que para os brancos e assimilados o ensino focava no saber, ser e pensar, ao passo que para os nativos se restringia ao saber-fazer.

Com a independência, o Decreto 12/1975 colocava a educação como um valor social para todos os moçambicanos (Guebert e Rodrigues, 2021, p. 262). O Sistema Nacional de Educação (SNE) foi criado pela Lei nº4/83, de 23 de março de 1983 (Moçambique, 1983), com base na ideologia socialista cuja doutrina alimentou o Estado Moçambicano entre 1975 e 1990. Mas, na década de 1990, Moçambique aderiu à economia de mercado que impactou as áreas da saúde, social, economia e política provocando mudanças no cenário da educação do país (Calimua e Figueiredo, 2021).

O SNE é regulamento pelo Estado por meio do Ministério de Educação, segundo a Lei 4/83, de 23 de março, revogada pela Lei 6/92, de 6 de maio de 1992. A educação Moçambicana divide-se em: Ensino Pré-Escolar (Infantil), Ensino escolar (com 3 modalidades: ensino geral, técnico-profissionalizante e superior) e Ensino Extraescolar, a referida legislação autorizou que o setor privado oferecesse em todos os níveis.

O ensino escolar compreende o Ensino Geral, Ensino Técnico Profissional e Ensino Superior; o Ensino Geral é o eixo central do SNE e confere a formação

e politécnica e tem dois níveis (primário e secundário), com objetivo de proporcionar o acesso ao ensino de base, contribuindo para garantir a igualdade de oportunidades de acesso a uma profissão e aos sucessivos níveis de ensino. O Ensino Técnico Profissional constitui o principal instrumento para a formação profissional e, na sequência, o ensino superior. Ensino Especial, Ensino de Adultos, Ensino Vocacional, Ensino de Formação de Professores e Ensino à Distância são modalidades especiais do ensino escolar.

Por fim, o Ensino Extraescolar contempla a alfabetização, o aperfeiçoamento e a atualização realizada fora do sistema regular de ensino, cuja competência de oferta é do Estado, podendo contar com apoio de parcerias. A Educação Especial, na qual a primeira autora atua, é uma modalidade de ensino para crianças com necessidades especiais, como processo de inclusão quando apresentam algumas limitações físicas e ou de aprendizagem (Guebert e Rodrigues, 2021, p. 9). Autores salientam que, embora o MEDHM apresente aparato de legislação específica - nos seus planos nacionais na área e coloque a educação inclusiva como estratégia de educação para a pessoa com necessidades especiais - não tem tido êxito na materialização de suas políticas públicas relativas à inclusão (Calimua e Figueiredo, 2021; Guebert e Rodrigues, 2021).

No Plano Estratégico de Gênero do Setor da Educação e Desenvolvimento Humano (2016-2020), a retórica governamental cita a busca na igualdade de gênero na educação tendo como diretriz a justiça social (Moçambique, 2016ab, 2022), mas ao mesmo tempo admite que há pouca representação feminina em cargos de decisão na educação, por exemplo.

Para justificar o não cumprimento de suas próprias metas, o governo moçambicano, por intermédio deste Ministério, alega que barreiras culturais, econômicas e sociais impedem melhor desfecho em termos de resultados esperados. Assim, convoca gestores, funcionários, professores, cargos de apoio, estudantes, conselhos, sociedade civil e parceiros doadores a se comprometerem com a mudança de práticas e comportamentos que são considerados obstáculos para o atingimento das metas (Moçambique, 2016ab).

Autores assinalam que o Estado Moçambicano também reconhece a sua incapacidade de financiar a educação e admite precisar de apoio financeiro de organismos internacionais (Guebert e Rodrigues, 2021). Calimua e Figueiredo (2021), ao analisarem dados referentes à educação no país, constatam altos índices de desistência, repetência, analfabetismo e evasão; outro aspecto ressaltado é que os diferentes contextos educacionais do país – Norte/Sul – não

são observados e suas particularidades desconsideradas bem como as assimetrias entre as três regiões: Sul, Centro e Norte.

Osório e Silva (2016, p.103) informam que foram criadas *Unidades de Género* (UG) em todos os níveis – central, provincial e distrital – do SNE em Moçambique. Estas unidades deveriam articular, implementar, monitorar e avaliar as atividades e políticas de integração efetiva da igualdade de gênero na educação e em outros ministérios (Moçambique, 2016ab). Em que pese a orientação de sua característica transversal, as UG não estão institucionalizadas, não apresentam capacidade técnica e administrativa; e as instâncias governamentais têm se mostrado incapazes para operacionalizá-las e não apresentam dotação orçamentária para tal (Moçambique, 2022).

Segundo o MEDHM foram criadas várias formas de oportunidades e igualdade entre homens e mulheres e uma delas foi o plano de promoção da entrada de meninas na escola, a partir dos 6 anos e a construção de escolas mais próximas às comunidades em todo o país (Moçambique, 2016). Publicação do governo, sobre o perfil de igualdade de gênero, informa que a média de anos de escolaridade das mulheres é de 2,7 anos e a dos homens é de 4,5 anos (Moçambique, 2022).

Mesmo diante de um ambiente legal com diferentes ações orientadas à igualdade de gênero - dentre as quais o combate ao casamento prematuro (2015), a ação sobre as mulheres e paz (2018), e demais iniciativas governamentais (planos quinquenais de promoção da igualdade e equidade de gênero, por exemplo) sintonizadas com organismos multilaterais e ONG, a permanência de normas e práticas socioculturais discriminatórias são o grande desafio para que o enfrentamento da VGI aconteça.

O que é possível propor como contribuição ao ambiente escolar para o enfrentamento da violência?

Como referido anteriormente, o Centro acolhe crianças com necessidades educativas especiais: físicas, sensoriais, mentais, auditivas e visuais. Dada a natureza do ensino, este tem provocado desafios pessoais e profissionais, como aprender a língua de sinais e trabalhar com crianças com necessidades. Cada dia proporciona experiências inéditas que tem servido de aprendizado não só para o ensino escolar, mas também para a vida da autora moçambicana.

O Centro foi criado pelo Diploma Ministerial N° 191/2011, de 25 de julho, juntamente com mais dois Centros de Recursos de Educação Inclusiva

(CREI), em três regiões provinciais: Gaza, na região Sul; Tete, na região central, destinados ao Primário, Secundário e Profissional inclusivo. Suas atividades iniciaram em 2010 e é uma instituição do Estado, com apoio de parceiro internacional (UNICEF), mantendo vínculos com comunidades circunvizinhas, com capacitações regulares para professores e aporte de material adequado, com salas especiais conforme necessidades dos alunos. Além dos alunos internos com Necessidades de Ensino Especial (NEE) as salas são compartilhadas com alunos externos.

A atuação se dá nas 1ª e 2ª classes, do Ensino Geral, que no Brasil equivalem do 1º ao 12º ano, lecionando português e matemática para crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE). Durante os anos observa-se que os alunos, no primeiro contato, são tímidos e não respondem perguntas, parecem ter medo e vergonha para interações com professores e demais colegas. A maior parte deles aprende a língua portuguesa – que é a oficial - na escola e, com a socialização do ambiente escolar, a timidez diminui. O país apresenta grande diversidade linguística, pois há mais de 20 línguas nacionais, sendo a *macua* predominante ao norte e na região central e a *xangana*, no sul do país.

A observação cotidiana mostrou que a escola parece ser o primeiro local onde se constata os reflexos desagregadores do núcleo familiar em razão das agressões no espaço da família-casa. Embora a escola possa cultivar nos alunos, desde cedo, os princípios de igualdade de gênero, respeito e reciprocidade, alguns hábitos culturais contribuem negativamente para que violências ocorram. Tal situação é testemunhada, pois nota-se a permanência de práticas culturais, sendo uma delas o entendimento do espaço da mulher restrito ao doméstico: cuidar da casa e dos filhos e trabalhar nas *machambas*, conforme já assinalado.

É possível que a escola, por meio da educação de gênero, contribua para que o ciclo da VGPI não se perpetue de geração em geração, além de proporcionar maior conhecimento sobre temas tocantes, o ambiente escolar pode contribuir para a prevenção de comportamentos não desejados e promover estratégias de arrecadação de renda e o envolvimento dos meninos/jovens faz parte do esforço para a igualdade de gênero e eliminação de todas as formas de violência contra a mulher (Fauvrelle, 2019).

Neste contexto, a proposição de intervenções se enquadra no Ensino Extraescolar onde há espaço para implementação de atividades e temas transversais, com temáticas que perpassam diferentes campos do conhecimento. O ambiente escolar pode se comprometer em transformar o seu

espaço em local de produção de vida e de prevenção da violência, em suas diferentes formas, desenvolvendo parcerias interinstitucionais e multiprofissionais para trabalhar tais temas. Assim, é possível fazer proposições de trabalho abordando gênero como tema transversal no currículo do Ensino Básico na disciplina de Educação Moral e Cívica, no ensino primário do 1º grau (1ª a 5ª classe) e no ensino primário do 2º grau (6ª e 7ª classe), segundo as nomenclaturas utilizadas em Moçambique.

No 1º e 2º ciclos do Ensino Básico, este tema não tem carga horária. Entretanto, no 3º ciclo está integrado às Ciências Sociais (uma disciplina), do Ensino Básico, mantendo o carácter transversal disciplinar, funcionando como uma disciplina específica, com carga horária própria. Nesta, são abordados temas como: Educação para o combate à Violência, Equidade de Gênero, HIV, Empreendedorismo, Tecnologias de Informação e Comunicação e a Educação Ambiental (Azevedo, 2015).

Documento da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO, 2019, p. 1), para o eixo temático Educação e Gênero, reforça o entendimento de que a “igualdade de gênero na educação não é apenas uma preocupação dos Estados, mas uma das demandas centrais de diversas organizações internacionais”. Um dos objetivos estratégicos desta Organização e da Agenda 2030 é “eliminar as disparidades de gênero na educação e garantir a igualdade de acesso a todos os níveis de educação e formação profissional para os mais vulneráveis” (UNESCO, 2019, p. 3).

Este documento sustenta que o foco de gênero na educação deve entrar nos currículos e materiais educacionais, prevendo a sensibilização e capacitação da comunidade escolar para tal abordagem. O sistema educacional deve contar com políticas direcionadas à equidade e à inclusão; que sejam estratégias de equiparação e intervenções com foco em gênero, visando a promoção tanto da equidade na educação como a abordagem de gênero devem fazer parte da pauta de governos o princípio orientador (UNESCO, 2019, p. 4).

A educação pode ser um espaço de reflexão e proporcionador de mudanças no qual a abordagem de gênero deve ser tema emergencial e de saúde pública (Tavares; Tenório, 2020). Desenvolver solidariedade, alteridade, valendo-se da interdisciplinaridade, proporcionando visão mais ampliada das relações humanas, combatendo o preconceito e às relações desiguais de gênero é uma das suas tarefas.

A partir de inquérito sobre realidades, práticas e atitudes em relação às normas de gênero na sociedade moçambicana, os autores recomendam

intervenções nas escolas: abordagens com enfoque na defesa da vida, aprofundando percepções culturais existentes sobre relações de gênero, por exemplo Slegh *et al.* (2017). Osório e Silva (2016, p. 103), em estudo também em Moçambique, informaram que as *Unidades de Gênero* criadas em todos os níveis do Sistema Nacional de Educação têm a finalidade de articulação, implementação, monitoramento e avaliação.

No entanto, relatório governamental assume que não estão sendo realizadas adequadamente (Moçambique, 2016b). Neste documento, o próprio governo faz críticas sobre a condução de ações envolvendo temas nas *Unidades de Gênero* alegando ausência de objetividade, principalmente pela não conceituação do que é desigualdade de gênero. Entendendo tratar-se de uma construção social das diferenças entre homens e mulheres, portanto definidas na socialização, não se referindo a uma determinação biológica (Slegh *et al.*, 2017), quer pela não instrumentalização de professores de como agir, quer pelo fato de não se ter conhecimento de como trabalhar este tema de forma transversal. Osório e Silva (2021) colocam que a sensibilidade é a expressão que revela, para além da retórica dos discursos políticos, o que é preciso em Moçambique; ou seja, não apenas vontade política por meio da criação e execução de normativas, mas vontade dos políticos que se traduza em sensibilidade ao tema gênero.

É importante situar a Saúde Coletiva no contexto deste trabalho pelo fato de ser uma proposição para o enfrentamento da VGPI, advinda de uma dissertação de mestrado que investigou esse campo do conhecimento. Assim, foram elaboradas ações concretas para o ambiente escolar levando em conta políticas, programas e planos existentes em Moçambique. No caso em pauta, que enfatiza a prevenção primária - com abrangência individual, familiar, comunitária e da sociedade - a proposição é orientada por dados epidemiológicos, sociais, educacionais, culturais, políticos e econômicos exaustivamente explicitados neste trabalho, que pressupõem abordagem interdisciplinar e envolvimento interinstitucional.

Ao descrever o problema enfrentado, pode-se dizer que a realidade de alunos com necessidades especiais, com idades entre oito a 12 anos, mostra que, em Anchilo, zona rural na Província de Nampula, presenciaram/ou presenciam VGPI. Considerando a literatura citada, neste há relação entre ser vítima de violência quando criança ou presenciar atos violentos e tornar-se perpetrador na idade adulta. Assim, a proposição de atuação no espaço escolar envolverá

diferentes iniciativas tendo como referência os achados e suas análises, parcialmente descritas neste manuscrito.

O início da intervenção – o primeiro movimento - se dará por meio de uma Socialização da identificação das causas da VGPI, elencando os fatores de risco e fatores protetivos e o que pode ser modificado em ações no ambiente escolar, por meio das estratégias contidas no Quadro 1.

Quadro 1- 1º Movimento: o que, com quem e o que abordar

O QUE SERÁ REALIZADO?	COM QUEM?	O QUE ABORDAR?
1. Reuniões periódicas para apresentação e discussão	Comunidade escolar (professores, gestores, funcionários administrativos e da manutenção, conselheiros, entre outros). Posteriormente pais e mães, familiares das crianças.	Fatores protetivos, dentre os quais a criação de ambiente escolar saudável, intolerante à violência, focando na multicausalidade (sociais, culturais, religiosas, políticas, educacionais e de omissão do Estado e seus operadores públicos) da VGPI.
2. Oficinas criativas	Comunidade escolar (professores, gestores, funcionários administrativos e da manutenção, conselheiros, entre outros). Posteriormente pais e mães, familiares das crianças.	Unir arte com informação: abordagem de temas referentes a gênero de forma a conceituá-los, recuperando exemplos concretos, a partir do vivido dos participantes.
3. Oficina de confecção de bonec@s sexud@s	Comunidade escolar (professores, gestores, funcionários administrativos e da manutenção, conselheiros, entre outros). Posteriormente pais e mães, familiares das crianças.	Participantes relatam suas vivências; a intenção é procurar desconstruir certos pensamentos preconceituosos.

Fonte: Elaborado pelos autores com base em Filipe *et al.*, (2008); OMS (2012); Slegh *et al.*, (2017); Fauvrelle (2019); Meneghel *et al.*, (2019).

Outras iniciativas:

- Estreitamento de laços entre escola-instituições e comunidade – envolvendo-as em atividades lúdicas, a fim de que se discuta a realidade referente à VGPI.

- Valorização da escola como espaço de reflexão e de ação - utilização de diferentes tecnologias - rádio, televisão, redes sociais- para falar sobre temas ligados a gênero com possível interação.

- Utilização do recreio no pátio da escola, proporcionando brincadeiras que possam desenvolver habilidades sociais e trabalho cooperativo.

O segundo movimento foi em direção à busca de parcerias para elaboração de material didático em línguas locais: Ministérios, ONG, igrejas e outras organizações poderão contribuir para a elaboração de material ilustrativo e interativo. O terceiro movimento consiste em realizar, de forma sistemática, visitas domiciliares junto às famílias com risco de ocorrer VGPI, ou que haja evidências de maus tratos. Já, o Monitoramento e avaliação dos resultados alcançados perpassará todo o processo e, em cada ação, haverá avaliação contínua dos envolvidos considerando os resultados alcançados.

Considerações finais

Apesar do quadro jurídico-legal direcionado ao enfrentamento das diferentes violências, principalmente a VGPI, outros fatores são apontados neste estudo: a própria dificuldade de efetivação dos instrumentos legais, a frágil institucionalização no que diz respeito à igualdade de gênero e lacunas na formação e capacitação de profissionais em diferentes setores.

Para além das omissões do Estado e das limitações do aparato jurídico-normativo e formador, em Moçambique, outras questões foram identificadas: o forte regime patriarcal, que condiciona as mulheres à submissão e exploração pelos homens; o histórico de conflitos civis, que utilizou a violência como mecanismo de regulação social; e a insuficiência das instituições para prevenir e combater a VGPI, principalmente as escolas.

Portanto, abordar relações de gênero no currículo do ensino básico não deixa de ser um marco e uma conquista para a população moçambicana. Além do mais, as escolas, por meio de práticas individuais e coletivas podem se constituir como espaços de resistência às violências e de possibilidade de transformação social.

Referências

AGY, Aleia. **(Re) pensar o empoderamento da mulher em Moçambique: algumas notas.** (OMR)- *Observatório do Meio Rural*. Maputo, Destaque Rural n° 96, 2020.

ASFC. Advogados Sem Fronteiras Canadá. **Impacto dos conflitos armados na vida das mulheres e raparigas em Moçambique.** *Relatório da pesquisa de campo nas províncias de Nampula, Zambézia, Sofala e Gaza*. Advogados Sem Fronteiras Canadá (ASFC)/MULEIDE/ CEEI-ISRI: Canadá, 2018.

AUG-WGDD. **Direção de Mulheres, Género e Desenvolvimento da Comissão União Africana. Violência Baseada no Género em África durante a pandemia da Covid-19.** Addis Abeba-Etiópia: AUG-WGDD, ONU Mulheres, 2020.

AZEVEDO, M. C. **Integridade ecológica: proposta de abordagem pluridisciplinar no Plano curricular do Ensino Básico: Os temas transversais no Ensino Básico, Secundário e Técnico Profissional.** In: Duarte, Stela Mithá e Maciel, Carla Ataíde (Org.). *Temas Transversais em Moçambique: Educação, Paz e Cidadania*. EDUCAR-UP, Maputo, n° de registo: 8419, p. 95-101, 2015.

BALESTERO, Gabriela; GOMES, Renata. **Violência de Género: uma análise crítica da dominação masculina.** *Revista CEJ*, Brasília, n. 66, p. 44-49, 2015.

BESSA, Marcelle. **Impactos da COVID-19: a saúde e a “saúde” no continente africano.** *IPEA. Boletim de Economia e Política Internacional/BEPI*, n. 27, p. 77-92, ago. 2020.

CALIMUA, Aristides; FIGUEIREDO, Sérgio. **Os planos de ensino em Moçambique: uma análise das suas implicações para o ensino secundário.** *Espaço do Currículo: João Pessoa*, v. 14, n. 3, p. 1-15 set-dez. 2021.

CARVALHO, Isabel. **Biografia, identidade e narrativa: elementos para uma análise hermenêutica.** *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 9, n. 19, 2003.

CECCON, Roger; MENEGHEL, Stela. **Fascismo de gênero: controle, opressão e exclusão da mulher.** *Psicologia Política*, Florianópolis, v. 19, n. 46, p. 449-458, set-dez 2019.

COELHO, Elza; SILVA, Anne; LINDNER, Sheila. Violência por parceiro íntimo: definições e tipologias. *Violência & Saúde*: Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, p. 1-34, 2018.

DAHLBERG, Linda; KRUG, Etienne. **Violência: um problema global de saúde pública.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Atlanta, 11(Sup), p. 1163-1178, 2007.

FAUVRELLE, Claudio. **Em Moçambique, a violência é geralmente perpetrada por um familiar ou parente íntimo.** *UNICEF*, Maputo, 15 mar. 2019.

FILIFE, Jane. **Educação para a igualdade de gênero: educação para a igualdade de gênero.** In: BRASIL. Ministério da Educação. *Salto para o Futuro*, Ano XVIII - Boletim 26, 2008. p. 1-54.

GOMES, Romeu *et al.* Gênero, direitos sexuais e suas implicações. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1997-2005, 2018.

GUEBERT, Mirian; RODRIGUES, Mariano. Sistema educativo em Moçambique: as estratégias internacionais de inclusão. *Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos*, Bauru, v. 9, n. 1, p. 255-274, 2021.

HEISE, Lori; PITANGUY, Jacqueline; GERMAIN, Adrienne. **Violence Against Women: The Hidden Health Burden.** *World Health Statistics*, Washington, n. 106, p. 31, 1994.

MARTINS, Helder; HANSINE, Rogers. Análise epidemiológica e demográfica da COVID-19 em África. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, v. 19, p. 7-42, 2020.

MENEGHEL, Stela; DANILEVICZ, Vatsi; FONSECA, Evirlene. **Oficina de bonecsxs sexuadxcs-um relato de experiência.** *Interface*, Botucatu, n. 23, p. 1-15, 2019.

MINAYO, Maria. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, Maria. **Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde.** In: NJAINE, Kathie *et al.* (orgs). *Impactos da Violência na Saúde*. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Editora FIOCRUZ, p. 19-42, 2020.

MOÇAMBIQUE. *Lei do Sistema Nacional de Educação, n. 4/83, de 23 de março de 1983*. Maputo, n. 12, 1983.

MOÇAMBIQUE. *Lei Sobre a violência Doméstica Praticada Contra a Mulher, n. 29/2009, de 29 setembro 2009*. **Maputo, 2009**.

MOÇAMBIQUE. Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano: *Estratégia de Género do Sector de Educação e Desenvolvimento Humano para o período 2016 – 2020*. Maputo, 2016a.

MOÇAMBIQUE. Ministério de Género, Criança e Acção Social. *Perfil de género de Moçambique 2016-2020*. Maputo, 2016b.

MOÇAMBIQUE. *Plano Nacional De Prevenção e Combate à Violência Baseada No Género - 2018-2021*. Maputo, Resolução n.º 39/2018. 2017.

MOÇAMBIQUE. *Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência de Género (2018-2021)*. Maputo, Moçambique, 2018.

MOÇAMBIQUE. Ministério do Género, Criança e Acção Social. *Perfil de Igualdade - Género de Moçambique*. Maputo, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher- ação e produção de evidência*. Washington, D.C., 2012.

OSÓRIO, Conceição; CRUZ E SILVA, Teresa. *Narrativas e práticas sobre direitos humanos no contexto do (s) conflito(s) em Cabo Delgado: uma análise de gênero*. Moçambique/Maputo: WLSA, 2021.

SAFFIOTI, Heleieth. *Gênero, patriarcado, violência*. 2ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2015.

SCHRAIBER, Lilia *et al.* Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 1019-1027, 2009.

SLEGH, Henny *et al.* *Ser homem em Maputo: masculinidades, pobreza e violência em Moçambique*. Resultado do Inquérito Nacional Sobre Homens e Desigualdade de Género. Promundo (coord.). Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://promundoglobal.org/wp-content/uploads/2017/11/Ser-Homem-em-Maputo-2017-PT.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*. Porto Alegre, v. 16, p. 20-45, 2006.

TAVARES, Mary; TENÓRIO, Rosa. Escola: papel e contribuição para romper com os ciclos de violência contra mulheres. *Diversitas Journal*: Santana do Ipanema, v. 5, n. 3, p. 2159-2168, 2020.

UNIÃO AFRICANA. Conselho Executivo. *Relatório do presidente sobre a implementação da declaração solene sobre a igualdade do gênero em África (DSIGA)*. Adis Abeba-Etiópia, 2012.

ORGANIZAÇÕES DA NAÇÕES UNIDAS PARA EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA
E A CULTURA (Unesco). *Educação e Gênero. Documento do Eixo
Temático*. 2019. 13p.

Capítulo 14

Violência contra mulheres nos relacionamentos amorosos: crença em um mundo justo e vitimização secundária

Suiane Magalhães Tavares

Carlos Eduardo Pimentel

Cicero Roberto Pereira

Débora Cristina Nascimento de Lima

Muitas pessoas envolvidas em relações amorosas costumam não perceber comportamentos violentos como problemáticos, sugerindo que bater, abusar verbalmente ou mesmo outras manifestações de violência (e.g., violência sexual, psicológica, simbólica, entre outras) é normal ou até mesmo aceitável (Smith; Winokur e Palenski, 2005). Nos relacionamentos românticos de namoro marcados por esses abusos, o final nem sempre costuma ser o “ficaremos juntos e seremos felizes para sempre”. Ao contrário disso, há o “até que a morte os separe”, em um reflexo da forma mais extrema da violência.

Uma questão social que tem sido uma importante área de estudo em muitos países é a violência no namoro. O estudo desse fenômeno, nomeado também de violência interpessoal, ou mesmo violência por parceiro íntimo, já decorre de duas décadas (Lewis e Fremouw, 2001) e inclui uma série de comportamentos prejudiciais (Wincentak *et al.*, 2017) direcionados a um dos parceiros da relação. Como, por exemplo, a violência verbal, física, psicológica, patrimonial, moral, sexual e simbólica, dirigidas por uma das partes, a fim de causar dor, lesão ou sofrimento a outra pessoa (WHO, 2017; Paiva, 2020).

A violência no namoro é um precursor da violência no casamento, podendo ser semelhante à violência doméstica e apresentar impactos na saúde das pessoas envolvidas (St. Mars e Valdez, 2007). Os padrões ocorridos nas relações conjugais podem ser mais bem percebidos ao se examinar a violência no namoro, dado que a violência nesta fase pode ser tão intensa quanto a violência nas relações posteriores, como o casamento (Stets e Pirog-Good, 1987). Fernández-González *et al.* (2019) apontam que na fase do namoro, é

possível se identificar os fatores de risco modificáveis na relação afetiva e ajudar na prevenção e intervenção.

Conforme investigações na literatura, a maioria das vítimas e perpetradores de violência no namoro são adolescentes e jovens adultas, no entanto, há uma disparidade na perpetração em relação ao gênero, em que as mulheres têm mais probabilidade do que os homens de serem as vítimas de violência (Stets e Pirog-Good, 1987; Lewis e Fremouw, 2001). Mais especificamente, há uma violência desmedida contra mulheres e meninas em suas mais variadas formas de manifestação, em contextos domésticos, familiares e nas relações íntimas de afeto. Dados de inquéritos populacionais baseado no testemunho das vítimas (WHO, 2017), coletados em 2005 em 10 países, demonstram que as mulheres de 15 a 49 anos relataram terem sofrido violência física e/ou sexual por parte de um parceiro em sua vida. De forma mais abrangente, também conforme a WHO (2017), estima-se que uma em cada três mulheres sofre violência física e sexual durante a vida.

Ainda que em algumas culturas nos países orientais a violência contra mulheres seja normalizada, nas sociedades ocidentais esse fenômeno não é socialmente desejável (Rollero *et al.*, 2019; Pereira *et al.*, 2019). Especificamente, propomo-nos a compreender quais são os aspectos psicossociais que motivam as pessoas a apoiar situações de injustiças, como a violência, que ocorrem contra uma mulher dentro dos relacionamentos de namoro. A seguir abordaremos alguns desses aspectos.

Sexismo societal

Historicamente, sabemos que o homem domina as estruturas de poder e se sobrepõe em todos os domínios da sociedade, esse processo de dominação pode ser definido de ideologia do patriarcado (Glick e Fisk, 1996). Nomeadamente esse aspecto de dominação infiltrou-se nas relações de interação mais pessoais, como nas relações de namoro, e conjugais (Stets e Pirog-Good, 1987). Cotidianamente, notícias relacionadas a violência no namoro, além de outras estimativas, incluindo os tipos de comunicação de ameaça, abuso verbal, agressão física, violência sexual, moral e patrimonial (Lewis e Fremouw, 2001; Paiva *et al.*, 2020) demonstram que mulheres e meninas são majoritariamente as vítimas dessas formas de abuso, mesmo já havendo em muitos países leis que contribuem para mitigar a violência de gênero (WHO, 2013). No entanto, há fatores, como as normas mais igualitárias, que contribuem para a supressão

dessa ideologia ou preconceito em relação ao gênero por parte das pessoas, bem como para reduzir a expressão do próprio preconceito de forma pública (De Lima, *et al.*, 2019).

De fato, os estereótipos e preconceitos atribuídos a grupos étnicos e a outros grupos estigmatizados, como mulheres, embora sejam herdados das sociedades, e pareçam estar estabelecidos em nossa memória, de maneira que qualquer um poderá aprender ou mesmo disseminar, são parte de um processo que parecem inibir nossas crenças sexistas pessoais, a fim de manter uma aparência não preconceituosa ou mesmo uma autoimagem menos negativa (Devine, 1989; Pereira *et al.*, 2019). Desse modo, as normas vigentes da sociedade, poderão fazer com que os indivíduos tentem se mostrar menos sexistas em relação a uma vítima de violência no namoro (Camino *et al.*, 2001; Crendall e Eshleman, 2003).

O preconceito que é manifestado de forma genuína, na ausência de uma norma, ocorrendo de forma livre, pode ser definido de sexismo societal (Camino *et al.*, 2001, De Lima *et al.*, 2019 e Pereira *et al.*, 2019) ao contrário do sexismo individual, sendo o preconceito que atribuímos a nós próprios, sendo exprimido com base em nossas expectativas conscientes, na presença de uma norma supressora (Lima *et al.*, 2019). Isso nos faz pensar que o sexismo societal poderá ter uma contribuição importante para compreensão da maneira como as pessoas legitimam a violência contra a mulher na relação de namoro, de modo que elas serão motivadas a expressarem o preconceito contra uma mulher sem serem psicologicamente censurada (Pereira *et al.*, 2019).

A motivação para legitimar injustiças

A legitimação da violência contra a mulher na relação de namoro, bem como a responsabilização da vítima pelo infortúnio, parece ser explicada pela forma como desvalorizamos as vítimas, que envolve o mecanismo psicológico com base em estratégias irracionais, (Correia, 2000; Dawtry *et al.*, 2020).

Segundo a literatura, tanto contextos que envolvem pessoas de grupos desfavorecidos, bem como os contextos que envolvem as vítimas de violência sexual (Dawtry *et al.*, 2020; Kleinke e Meyer, 1990) em que, especificamente, é impossível evitar o sofrimento da vítima, parecem ser mais impactantes para a crença do mundo justo dos observadores, além de envolver os indivíduos emocionalmente, o que, por sua vez, provocaria as reações irracionais (i.e. culpabilizar; minimizar o sofrimento; desvalorização da vítima).

De fato, vários estudos têm mostrado resultados que vão ao encontro do que é proposto pela teoria do mundo justo. Por exemplo, o estudo de Van Den Bos e Maas (2009) mostrou que numa condição de alta ameaça a crença no mundo justo, os participantes culpavam mais a vítima, do que na situação de baixa ameaça a CMJ. Também Mendonça *et al.*, (2016) mostraram, com base numa amostra de adolescentes e jovens de Lisboa, que ao avaliar a situação de uma vítima inocente, os participantes com altos níveis de crença em um mundo justo reagiam mais negativamente (i.e., percepção de justiça; merecimento da vítima; minimização do sofrimento) a uma vítima que sofreu um evento negativo.

Em síntese, esses estudos mostram um aspecto fundamental da teoria do mundo justo, é o fato das pessoas usarem sua necessidade de acreditar na ilusão de justiça para reagirem negativamente e de maneira irracional perante uma vítima. Na teoria do mundo justo, o aspecto da vitimização secundária é particularmente relevante, mais especificamente, no âmbito da violência de gênero cometida contra mulheres, a qual parece explicar a motivação das pessoas a serem sexistas e, por sua vez, apoiar essa violência.

A vitimização secundária

Na psicologia social, muitas pesquisas foram conduzidas para entender a maneira pela qual as pessoas responsabilizam vítimas pelos acontecimentos negativos, que lhes acometeram (Correia e Vala, 2003; Linhares *et al.*, 2020; Mateus, 2020; Paiva, 2020; Tavares *et al.*, 2019). No entanto, há fatores individuais; situacionais; sociais e institucionais que colaboram para explicar a atribuição de culpa ou responsabilização das vítimas, principalmente, em casos de violência sexual (Gravelin *et al.*, 2019).

Fatores individuais, consideram as características do observador, e.g. o sexo do observador (Linhares *et al.*, 2020); o grau de crença no mundo justo (Kleinke e Meyer, 1990). Fatores situacionais focam nos aspectos da vítima, agressor ou características da agressão (e.g. cor da pele da vítima) Linhares *et al.* (2020); o grau de relação do agressor com a vítima, isto é, se é namorado, estranho ou cônjuge (Gravelin *et al.*, 2019). Já o fator situacional ou institucional se refere aos papéis de gênero estabelecidos na sociedade; a mídia, por exemplo (Gravelin *et al.*, 2019). Isto é, o grau de culpa de uma pessoa abusada sexualmente, por exemplo, poderá variar a depender desses fatores.

Todos esses aspectos são relevantes e contribuem para compreender o que motiva as pessoas a culpar outras por infortúnios da vida.

Compreender de forma mais profunda como o fator individual, o qual envolve a crença no mundo justo, parece imprescindível, sobretudo, pelo mecanismo psicológico que intensifica o sofrimento de uma vítima, isto é, a vitimização secundária. A motivação dos observadores para reestabelecer a crença em mundo justo, Mendonça et al., (2016) direciona as pessoas a utilizarem estratégias irracionais à vítima (Correia, 2000; Botero *et al.*, 2009). Com base em Correia e Vala (2003) isso acontece, pois ajuda a manter a ilusão de invulnerabilidade pessoal essencial para manter a confiança no futuro, bem como a realização de investimentos a longo prazo.

Há várias formas de vitimização secundária, como (e.g, culpabilização, a minimização do sofrimento, a evitação do contato com a vítima, a desvalorização da vítima (Correia e Vala, 2003). As duas primeiras são dimensões mais avaliativas, enquanto a evitação do contato está relacionada ao comportamento (Correia e Vala, 2003). Essas atitudes e comportamentos para as vítimas não apenas agravam a situação vivenciada por ela, como as tornam ainda mais vulneráveis. A vitimização secundária pode ser tão prejudicial à vítima quanto a primeira violência sofrida, pois a impacta de forma psicológica, social ou política (Botero *et al.*, 2009). Por essa razão necessita de uma atenção especial, sobretudo, quando associada a aceitação da violência contra a mulher numa relação de namoro.

Estudos sobre culpabilização de mulheres vítima de violência sexual mostraram que mulheres negras tendem a ser mais culpabilizadas que as mulheres brancas e que altos níveis de crença na justiça do mundo foi relevante para encontrar esse resultado (Linhares *et al.*, 2020). Também Sakalli, (2001) mostrou que os participantes da Turquia responsabilizam mais as mulheres por serem espancadas do que o marido por seu comportamento violento. Refletindo que a mulher pode ser culpabilizada pela situação negativa que lhe ocorreu.

Considerações finais

Este capítulo apresentou dois aspectos psicossociais de forma breve sobre a teoria do mundo justo e a vitimização secundária no âmbito da violência de gênero. Embora muitos estudos apontados tenham mostrado evidência sobre a maneira pela qual as pessoas legitimam injustiças em mulheres, ainda se tem

muito a avançar na teoria em questão, sobretudo na violência de gênero nos relacionamentos amorosos.

Referências

BOTERO, C.; CORONEL, E.; PÉREZ, C. Revisión teórica del concepto de victimización secundaria theoretical review of the concept of secondary victimization. **Liberabit**, v. 15, n. 1. 2009.

CAMINO, L.; SILVA, P.; MACHADO, A.; PEREIRA, R. C. A face oculta do racismo no Brasil: Uma análise psicossociológica. **Revista Psicologia Política**, v. 1, p. 13-36. 2001.

CRANDALL, C.; ESHLEMAN, A. A justification-suppression model of the expression and experience of prejudice. **Psychological Bulletin**, v. 129, p. 414-446. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.3.414>

CORREIA, I.; VALA, J. Crença no mundo justo e vitimização secundária: O papel moderador da inocência da vítima e da persistência do sofrimento. **Análise Psicológica**, v. 21, n. 3, p. 341–352. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.14417/ap.15>

CORREIA, I. F. A Teoria da Crença no Mundo Justo e a Vitimização Secundária Estudos empíricos e desenvolvimentos teóricos. **Psicologia**, v. 14, n. 2, p. 253– 83. 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/masy.200451328>

DAWTRY, R.; CALLAN, M.; HARVEY, A.; GHEORGHIU, A. Victims, Vignettes, and Videos: Meta-Analytic and Experimental Evidence That Emotional Impact Enhances the Derogation of Innocent Victims. **Personality and Social Psychology Review**, v. 24, n. 3, p. 233–259. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1088868320914208>

DE LIMA, T.; PEREIRA, C.; TORRES, A.; SOUZA, L.; ALBUQUERQUE, I. Black people are convicted more for being black than for being poor: The role of social norms and cultural prejudice on biased racial judgments. **PLOS**

ONE, v. 14, n. 9. 2019. Disponível em:
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222874>

DEVINE, P. Stereotypes and prejudice: their automatic and controlled components. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 56, p. 5-18. 1989.

FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ, L.; CALVETE, E.; ORUE, I.; The Role of Acceptance of Violence Beliefs and Social Information Processing on Dating Violence Perpetration. **Journal of Research on Adolescence**, v. 29, n. 3, p. 763–776. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jora.12414>

GLICK, P.; FISKE, S. The ambivalent sexism inventory: differentiating hostile and benevolent sexism. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 70, p. 491-512. 1996. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-35.70.3.491>

GRAVELIN, C.; BIERNAT, M.; BUCHER, C. Blaming the victim of acquaintance rape: Individual, situational, and sociocultural factors. **Frontiers in Psychology**, v. 9, p. 2422. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02422>

KLEINKE, C.; MEYER, C. Evaluation of Rape Victim By Men and Women With High and Low Belief in a Just World. **Psychology of Women Quarterly**, v. 14, n. 3, p. 343–353. 1990. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1990.tb00024.x>

LEWIS, S.; FREMOUW, W. Dating violence: A critical review of the literature. **Clinical Psychology Review**, v. 21, n. 1, p. 105–127. 2001. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00042-2](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00042-2)

LINHARES, L.; TORRES A. (2022). She deserved it: Analysis of variables that influence the accountability of victims of sexual violence. **Acta Colombiana de Psicología**, v. 25, n. 1. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.14718/acp.2022.25.1.14>

MATEUS, K. **System justification in the social explanation of the violence against minority groups**. 2020. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020.

MENDONÇA, R.; GOUVEIA-PEREIRA, M.; MIRANDA, M. Belief in a Just World and secondary victimization: The role of adolescent deviant behavior. **Personality and Individual Differences**, v. 97, p. 82–87. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.03.021>

PAIVA, T. **Development and validation of the acceptance of violence against women scale (AVAWS)**. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020.

PEREIRA, C.; MATEUS, K.; SANTOS, M. Apontamentos para uma teoria da discriminação contra grupos minoritários. In: Silvana Carneiro Maciel; Patrícia Nunes Fonsêca. (Org.). **Psicologia Social: Vertentes e Perspectivas**. 1 ed. João Pessoa: Editora UFPB, 2019, v. 1, p. 79-101.

ROLLER, C.; BERGAGNA, E.; TARTAGLIA, S. What is Violence? The Role of Sexism and Social Dominance Orientation in Recognizing Violence Against Women. **Journal of Interpersonal Violence**, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0886260519888525>

SMITH, A.; WINOKUR, K.; PALENSKI, J. What is dating violence? An exploratory study of hispanic adolescent definitions. **Journal of Ethnicity in Criminal Justice**, v. 3, n. 1–2, p. 1–20. 2005. Disponível em: https://doi.org/10.1300/J222v03n01_01

SAKALLI, N. Beliefs about wife beating among Turkish college students: The effects of patriarchy, sexism, and sex differences. **Sex Roles**, v. 44, n. 9–10, p. 599–610. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1023/A:1012295109711>

ST. MARS, T.; VALDEZ, A. Adolescent Dating Violence: Understanding What Is “At Risk?” **Journal of Emergency Nursing**, v. 33, n. 5, p. 492–494. 2007. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2007.06.009>

STETS, J.; PIROG-GOOD, M. Violence in Dating Relationships. **Social Psychology Quarterly**, v. 50, n. 3, p. 237. 1987. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/2786824>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Folha informativa-violência contra as mulheres**. World Health Organization. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. World Health Organization. 2013. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf

WINCENTAK, K.; CONNOLLY, J.; CARD, N. Teen dating violence: A meta-analytic review of prevalence rates. **Psychology of Violence**, v. 7, n. 2, p. 224-241. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1037/a0040194>

TAVARES, S. M. **Elaboração e validação da escala de vitimização secundária da violência sexual**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.

VAN DEN BOS, K.; MAAS, M. On the Psychology of the belief in a just world: Exploring experiential and rationalistic paths to victim blaming. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 35, n. 12, p. 1567–1578. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0146167209344628>

Capítulo 15

Projeto Vida: um relato de experiência de monitoramento dos casos de tentativas de suicídio no município de Fraiburgo/SC no período entre 2014 e 2022

Bethania Santos Vieira Rohling
Geovana Liebl
Jeferson Rodrigues
Lizandra da Silva Menegon

Introdução

*O suicídio tanto pode ser afirmação da morte como negação da vida. Tanto faz.
-É mentira. E vou explicar: o suicida é aquele que perdeu tudo, menos a vida.*
Fernando Sabino

Em 2014, o acolhimento de uma mãe no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I do município de Fraiburgo gerou comoção, angústia, sensação de impotência entre os profissionais tendo em vista as palavras e lágrimas de Dona Maria: “*Nunca mais vou sentir o cheiro da minha filha, acariciar seus cabelos e ouvir sua voz, e sabe o que é mais difícil ainda, é que uma mulher disse que eu poderia ter evitado*” – o choro compulsivo toma conta daquela mãe que reconheceu nesta frase dita o seu fracasso ou, pelo menos, foi assim que ela compreendeu.

Recordo como se fosse hoje o impacto deste atendimento na equipe, precisamos fazer algo, muitas dúvidas e questionamentos surgiram naquele momento: se a Organização Mundial da Saúde (2014, p.3) diz que “o suicídio é evitável”, enquanto profissionais, serviço de saúde, políticas públicas, o que estamos fazendo para evitá-lo? Qual atendimento estamos garantindo as pessoas que tentaram suicídio, após tornarem-se estatística? E aos seus familiares, quem acolhe essa dor e o luto? Qual é a importância da Vigilância Epidemiológica quando os municípios se tornam “meros” notificadores, não realizando análise

dos dados notificados? O que está nos faltando para direcionar a atenção a esse grave e complexo problema de saúde pública? Se realmente é evitável, quantas mães, pais e familiares ainda terão que passar pela perda por suicídio?

Abordar a temática do suicídio é algo complexo e que traz inúmeras reflexões. A violência autoprovocada não se apresenta como um comportamento isolado, mas multifatorial e resultado de uma complexa interação de fatores biológicos, psicossociais, culturais e ambientais. As reflexões sobre este tema perpassam a concepção do suicídio, os fatores de risco e de proteção, os sofrimentos de quem fica, em especial de familiares, a maneira como as políticas públicas são formuladas e implementadas para garantir o acolhimento e acompanhamento desta demanda e a prevenção do suicídio. Assim, por ser um fenômeno complexo, não existe uma solução simples, uma resposta rápida, mas a busca para melhor compreensão deste fenômeno e, desta forma, a possibilidade de garantir uma clínica capaz de acolher e lidar com este sofrimento.

O fenômeno do suicídio, considerado também uma situação limite, uma angústia insuportável que faz passagem ao ato, atualmente, também está contemplado pelo campo da Saúde Mental e tem mostrado alta prevalência em diferentes populações. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014) estima que em 2020 cerca de 1,53 milhão de pessoas morreram desta forma, sendo considerada uma das maiores causas de mortalidade ao redor do mundo (Chachamovic, 2009). A tendência de crescimento mostrou que, entre 1955 e 2000, o índice global de suicídio aumentou 60% (OMS, 2014) e em tempos atuais já ocupa a quarta causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos para ambos os sexos, depois de lesão no trânsito, tuberculose e violência interpessoal (WHO, 2021).

Segundo registros da OMS (2021), o suicídio vitimiza 703 mil pessoas todos os anos, determinando uma taxa global de suicídio padronizada por idade de 9,0 por 100.000 habitantes em 2019. Mais de 1 a cada 100 mortes (1,3%) em 2019 foram resultado de suicídio. Nesse contexto, o Brasil é considerado o oitavo país em número absoluto de suicídios (média de 11 mil casos por ano) (OMS, 2014).

Entretanto, quando falamos sobre suicídio, suas definições englobam comportamentos altamente variáveis, com categorizações distintas, entendendo por comportamento suicida todo o *continuum* de comportamentos que vão desde pensamentos de autodestruição, passando por ameaças, gestos, tentativas de suicídio até o desfecho letal, qualquer que seja o grau de intenção letal e de

conhecimento do verdadeiro motivo desse ato. Todo e qualquer ato por meio do qual uma pessoa causa lesão a si própria, independente do grau de letalidade, é considerado comportamento suicida (Botega, 2014). O comportamento suicida classifica-se em quatro categorias distintas (Marisbermann; Silverman, 2000): (1) Ideação suicida; (2) Planejamento; (3) Tentativa de suicídio; e (4) Suicídio consumado.

Em que pese as tentativas de suicídio, esta é definida como um comportamento suicida não fatal para os atos que não resultem em morte (OMS, 2017). Caracteriza-se por gestos autodestrutivos não fatais como automutilação ou intoxicação exógena, mas com intenção de morte. Estes gestos surgem como estratégia para resolução de um problema, como a última alternativa após terem sido esgotadas todas as outras possibilidades para a pessoa. A tentativa de suicídio, por sua vez, é definida por comportamentos autoagressivos não fatais, que podem deixar sequelas, graves ou não.

Supõe-se que as tentativas de suicídio superem o número de suicídios em, pelo menos, dez vezes. Porém os registros oficiais sobre tentativas de suicídio são mais escassos e menos confiáveis do que os de suicídio (Brasil, 2006; Oliveira, 2003). De acordo com Botega (2004), para cada tentativa registrada, ocorrem outras quatro desconhecidas. De 15% a 25% das pessoas que tentam o suicídio, estima-se que elas tentarão novamente em momento seguinte. Cerca de 10% das pessoas, que tentam o suicídio, consomem o ato nos próximos dez anos. Corroborando essas estimativas, Corrêa e Barrero (2006), consideram que, para cada tentativa diagnosticada e notificada, existem pelo menos outras quatro que não foram sequer registradas.

Um outro aspecto significativo é que apesar da obrigatoriedade da notificação (Brasil, 1975; 2014; 2016), e por se tratar de uma forma de violência, constata-se ampla subnotificação de casos, devido, dentre fatores, ao não preenchimento das Fichas de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, configurada como infração sanitária (Brasil, 2019). Além disso, a subnotificação do comportamento suicida demonstra a não adesão às Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio (Brasil, 2006a; 2006b) e informações sobre tentativas de suicídio são mais difíceis de serem estimadas com precisão dada a natureza do tema (Botega, 2014).

Assim, dizer que o suicídio é evitável implica em um compromisso global, ou seja países, sociedades, governos, serviços, profissionais e famílias precisam unir-se para lidar com essa questão, conforme relatório: Prevenir suicídio: um imperativo global (WHO, 2014). Apesar ser um evento evitável, por que o

Capítulo 15 - Projeto vida: um relato de experiência de monitoramento dos casos de tentativas de suicídio no município de Fraiburgo/SC no período entre 2014 e 2022

suicídio ainda mata 703 mil pessoas todos os anos? Esse questionamento deve considerar que o comportamento suicida é um fenômeno multifatorial e que nenhuma teoria ou abordagem única dará conta de sua diversidade e complexidade, mas que o caminho para que mortes pelo suicídio sejam evitadas é a Política Pública, bem como a produção de conhecimento sobre este fenômeno.

Diante de uma situação mobilizadora e que engajou uma equipe de um CAPS I de um município catarinense, em relação à práxis do contexto da pessoa com comportamento suicida, surgiu uma saída com o Projeto Vida. Esse projeto foi estruturado a partir da integração entre a Vigilância Epidemiológica e pela equipe multiprofissional do CAPS I, composta por enfermeira, assistente social, psicóloga, médico e técnica em enfermagem. Essa integração resultou no desenho de um fluxograma o qual definiu que as notificações compulsórias recebidas pela Vigilância epidemiológica fossem referenciadas para o CAPS por meio de uma planilha eletrônica. Desta forma, os profissionais do CAPS realizam busca ativa do paciente garantindo o atendimento do sofrimento psíquico, bem como mapeando esses casos para levantamento do perfil dessa demanda e direcionamento das ações de prevenção ao suicídio.

O projeto vida tem demonstrado ao longo deste período, 2014 a 2022, que é sustentável, sua replicabilidade é garantida por meio da reorganização dos fluxos dos serviços, sem necessidade de custeio. O projeto abrange três atores fundamentais no processo de prevenção, promoção e tratamento da saúde mental, são eles: pessoa-paciente, família e/ou rede de apoio e profissional.

A capacitação constante sobre a importância do preenchimento correto da notificação compulsória, devido a rotatividade dos profissionais da saúde, assistência social, educação, da rede pública e privada é um dos pontos fracos identificados no projeto, bem como o despreparo do território em acolher pessoas que apresentaram comportamento suicida.

A ampliação e fortalecimento das ações de promoção da saúde, vigilância, prevenção e atenção integral relacionadas ao suicídio, deve considerar os determinantes sociais da saúde e as especificidades de populações e grupos sociais em situação de maior vulnerabilidade para que o planejamento e as intervenções sejam efetivas (WHO,2021).

Considerando as realidades globais, epidemiológicas e sanitária local, houve a necessidade de organização de uma rede de atenção à pessoa vítima de violência autoprovocada a partir da identificação das características sociodemográficas para o desenvolvimento de estratégias de cuidado, promoção

da saúde e prevenção ao risco de suicídio. Nesta feita, o município de Fraiburgo implantou o Projeto Vida. Este Projeto visa garantir o atendimento as pessoas que tentaram suicídio, bem como a pós-venção aos familiares das pessoas que foram a óbito por suicídio, organizando um fluxo de atendimento a partir da integração entre os serviços de Vigilância Epidemiológica e Saúde Mental, por meio do Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I).

Como nasceu o Projeto Vida

*“A menos que modifiquemos à nossa maneira de pensar,
não seremos capazes de resolver os problemas causados pela
forma como nos acostumamos a ver o mundo”*
Albert Einstein

O Projeto Vida foi implantado no município de Fraiburgo/SC, o qual situa-se na região do meio oeste catarinense, apresentando uma área física de 546 Km², equivalente a 0,57% da superfície do Estado. Seu relevo é suavemente ondulado, variando até o formato ondulado. Possui um clima temperado, com temperaturas mínimas de -5°C e máximas de 35,2°C. Por sua altitude de 1.048 metros ao nível do mar, apresenta baixas temperaturas durante a maior parte do ano. Devido às suas temperaturas e a sua altitude, ao final do ciclo madeireiro, a cidade encontrou sua vocação no cultivo de maçã, a qual é produzida em larga escala no município, e o tornou conhecido como “Terra da Maçã”. Atualmente, Fraiburgo representa 22% da produção estadual e 20% do processamento nacional. Fraiburgo também é um grande produtor de pêssego, kiwi, nectarina, mel, alho, cebola, feijão, trigo e milho. Na pecuária é expressiva a bovinocultura de leite, criação de aves e, em ritmo crescente, a de suínos. A produção de papel e celulose e o ramo moveleiro também são expressivas potências econômicas.

A população estimada em Fraiburgo, em 2021 era de 36.723 habitantes, de acordo com o IBGE. Quanto os grupos constituídos em situações de vulnerabilidade social e econômica que se encontram mais suscetíveis aos riscos à saúde relativos aos seus determinantes e condicionantes, temos os safristas, os papeleiros, os assentados e os moradores da localidade Nossa Senhora Aparecida junto ao Bairro São Miguel e os moradores do Bairro Vila Nova. Seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) cresceu 39,0% entre 1991 e 2010 e a classificação do IDHM geral do Município mudou de "médio" (0,526)

Capítulo 15 - Projeto vida: um relato de experiência de monitoramento dos casos de tentativas de suicídio no município de Fraiburgo/SC no período entre 2014 e 2022

em 1991 para "alto desenvolvimento humano" (0,731) em 2010, ocupando a 993ª posição no ranking nacional.

A Secretaria Municipal de Saúde de Fraiburgo, possui 11 equipes de Saúde da Família, sendo a atenção primária à saúde a principal porta de entrada do cidadão contando. Na atenção especializada, o município conta com o ambulatório de Saúde Mental e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). O serviço do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I, foi inaugurado no dia 24/10/2011, tendo como objetivo acolher pacientes com transtornos mentais severos e/ou persistentes, estimulando a integração social e familiar do paciente, apoiando-os em suas iniciativas de busca da autonomia. Tendo como foco o atendimento psicossocial, realizado através de oficinas terapêuticas que visam à reinserção social pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Compondo a rede de atenção psicossocial, no nível da atenção hospitalar temos a Associação Fraiburguense de saúde coletiva, a qual corresponde ao Porte I.

O processo de elaboração do Projeto Vida iniciou-se em 2014, quando foram realizadas discussões regionais para organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e elaboração do Protocolo de Saúde Mental do município de Fraiburgo.

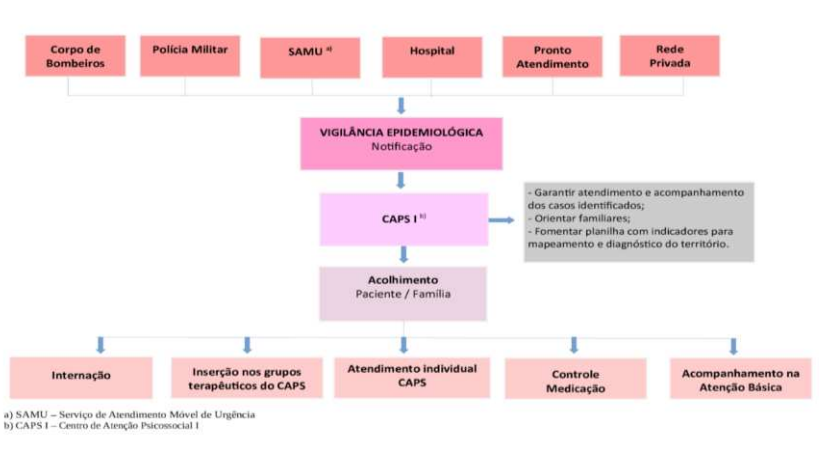
Foram realizadas reuniões intersetoriais com os diversos equipamentos do território, saúde, educação, assistência social, segurança e serviços que compõem a garantia de direitos para discussão do tema suicídio e a melhor forma para implantar a Portaria MS/GM nº 1.876, de 14 de agosto de 2016,⁷ a qual instituiu as diretrizes nacionais para prevenção do suicídio e a Agenda de Ações e Estratégias para Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde.

Diante das discussões produzidas nasceu o Projeto Vida, o qual tem como objetivo geral ofertar atendimento as pessoas que tentaram suicídio e seus familiares e aos familiares das pessoas cujo a pessoa foi a óbito por suicídio. Como objetivos específicos o projeto visa: (1) mapear os casos de óbito por suicídio e as tentativas; (2) identificar fatores de risco e de proteção relacionadas ao suicídio; (3) capacitar profissionais da saúde para identificar situações de risco; (4) atender o paciente que cometeu tentativa de suicídio, como estratégia de proteção, reduzindo índices de reincidência; (5) orientar os familiares dos pacientes que apresentaram tentativas de suicídio; (6) atender os familiares dos pacientes que evoluíram para óbito por suicídio; (7) monitorar os casos de óbito

Capítulo 15 - Projeto vida: um relato de experiência de monitoramento dos casos de tentativas de suicídio no município de Fraiburgo/SC no período entre 2014 e 2022

por suicídio e tentativas de suicídio para elaboração do diagnóstico do território e (8) realizar ações de promoção à saúde de valorização da vida.

A operacionalização do Projeto só foi possível mediante a integração entre a Vigilância Epidemiológica e o CAPS I que possibilitou o desenvolvimento de um fluxo de trabalho conforme a Figura 1.



O fluxo e o contrafluxo para o atendimento das demandas foram estabelecidos, ilustrados neste exemplo: a Vigilância Epidemiológica recebe uma notificação de intoxicação exógena e/ou violência autoprovocada e informa de imediato ao CAPS I, via correio eletrônico, para que este se situe, realize o atendimento e o acompanhamento do caso identificado; preste as devidas orientações aos familiares; e, com essas informações, organize e sistematize o mapeamento das tentativas e óbitos por suicídio no município. Os eventos são registrados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), sistema público e nacional, e em uma planilha de dados (registros internos) – Controle de Notificações –, utilizando-se o aplicativo Microsoft Excel.

A planilha de Controle de Notificações é composta pelas seguintes variáveis: sexo, bairro, ocupação, estabelecimento notificador, local de ocorrência do ato, forma de tentativa, motivo desencadeador do ato, diagnóstico prévio, sob efeito de substâncias psicoativas no ato, estações do ano, acolhimento prévio, data da ocorrência, faixa etária, escolaridade, reincidência; transtorno mental associado.

Os fomentos de informações na planilha estão disponíveis e sob a responsabilidade dos profissionais da Vigilância Epidemiológica e do CAPS I. Esse controle serve para definir o perfil da população que tentou suicídio e das pessoas que foram a óbito por suicídio, bem como o desenho de ações de prevenção no território. Até o momento o projeto realizou as seguintes ações:

- Capacitação dos profissionais da saúde para identificar situações de risco e preencher corretamente a Notificação de Intoxicação Exógena;
- Atendimento humanizado à pessoa que cometeu a tentativa de suicídio pelo CAPS I e/ou Atenção Básica;
- Atendimento aos familiares das pessoas que foram a óbito por suicídio e das que tentaram suicídio, mediante orientações no atendimento individual;
- Realização de ações de promoção da saúde e valorização da vida;
- Monitoramento dos casos de óbito por suicídio e tentativas de suicídio, para elaboração do diagnóstico do território.

Perfil epidemiológico dos casos atendidos no Projeto VIDA

Desde o início, em 2014, foram acompanhadas 511 tentativas de suicídio, a partir das notificações geradas pela Vigilância Epidemiológica do município de Fraiburgo, Santa Catarina e que compuseram o Perfil epidemiológico dos casos atendidos no Projeto VIDA. O monitoramento destes casos possibilitou a oferta de atendimento às pessoas com comportamento suicida, bem como de seus familiares.

Na Tabela 1 é possível observar a distribuição percentual dos casos de acordo com as características sociodemográficas, distribuição temporal, características do evento e do atendimento realizado.

Tabela 1 – Distribuição das tentativas de suicídio notificadas no município de Fraiburgo/SC, 2014 a 2022.

Sexo	n	%
Feminino	353	69,08
Masculino	158	30,92
Faixa etária		
10-19	140	27,40
20-29	160	31,31

30-39	88	17,22
40-49	86	16,83
50-59	21	4,11
60 ou +	16	3,13
Escolaridade		
Analfabeto	4	0,78
Ensino Médio	235	49,52
Ensino Superior	41	8,02
Bairro de residência		
Assentamento Bútia Verde	6	1,17
Assentamento Contestado	2	0,39
Assentamento Dandara	2	0,39
Bela Vista	8	1,57
Centro	28	5,48
Colina do Sol	1	0,20
Faxinal dos Carvalhos	5	0,97
Faxinal dos Domingues	1	0,20
Gruta Nossa Senhora de Lourdes	3	0,59
Jardim América	29	5,67
Jardim das Hortências	1	0,20
Liberata	11	2,15
Linha Baía	11	2,15
Macieira	17	3,32
Nações	47	9,20
Nossa Senhora Aparecida	64	12,52
Portal	1	0,20
Rio Mansinho	1	0,20
Santa Mônica	9	1,76
Santo Antônio	24	4,70
São Cristovão	10	1,97
São José	49	9,60
São Miguel	129	25,24
São Sebastião	28	5,48
Taquarucu de Cima	1	0,20
Vila Fischer	1	0,20
Vila Nova	7	1,37
Vila Salete	6	1,17
X de Novembro	9	1,76
ESF		

Capítulo 15 - Projeto vida: um relato de experiência de monitoramento dos casos de tentativas de suicídio no município de Fraiburgo/SC no período entre 2014 e 2022

ESF Maccira		
Liberata, Faxinal dos Carvalhos, São Roque, Macieira, São Luiz, Passo da Raiz, Taquaruçu de Cima, Campina do Serro, Santa Helena, Assentamento Contestado, Assentamento Dandara	35	6,84
ESF Nações		
Nações, Santo Antônio, Portal, Vila Fischer	70	13,70
ESF São José I		
São José, Jardim América	78	15,26
ESF São Miguel I, II, III		
ESF São Sebastião		
ESF		
Arroio da Barra, Assentamento Dandara, Barro Preto, Dez de Novembro, Linha Baia, Linha Brasília, Linha Quinze, Mirassol, Papuã, São Sebastião	50	9,78
ESF Vila Salete		
Vila Salete, Vila Nova, São Cristóvão, Jardim das Hortências, Bela Vista, Colina do Sol, Santa Mônica	43	8,41
ESF São José II		
Gruta Nossa Senhora de Lourdes, Faxinal dos Domingues, Rio Mansinho, Butiá Verde	13	2,54
EAP Vila Salete		
Centro	28	5,48
Ocupação		
Agricultor	10	1,96
Aposentado	24	4,70
Atendente de farmácia	4	0,78
Atendente de loja	22	4,30
Autônomo	10	1,96
Auxiliar de produção	70	13,70
Auxiliar de serviços gerais	13	2,54
Auxiliar mecânico	3	0,59
Auxiliar odontológica	3	0,59
Caminhoneiro	6	1,17
Desempregado	42	8,22
Diarista	46	9,00
Dona de casa	121	23,68
Estudante	113	22,11
Fisioterapeuta	2	0,39
Servidor público	11	2,15

Capítulo 15 - Projeto vida: um relato de experiência de monitoramento dos casos de tentativas de suicídio no município de Fraiburgo/SC no período entre 2014 e 2022

Operador de telefonia	1	0,20
Professor	5	0,98
Servente de pedreiro	4	0,78
Técnico em enfermagem	1	0,20
Diagnóstico prévio de transtornos mental		
Borderline	8	1,57
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas	47	9,20
Esquizofrenia	15	2,93
Não possui	420	82,19
Outros transtornos ansiosos	7	1,37
Retardo Mental Leve	5	0,98
Transtorno afetivo bipolar	6	1,17
Transtorno específico de personalidade	3	0,59
Ano		
2014	40	7,83
2015	35	6,85
2016	26	5,09
2017	58	11,36
2018	61	11,94
2019	106	20,74
2020	48	9,39
2021	49	9,59
2022	88	17,23
Estações do ano		
Primavera	163	31,90
Verão	106	20,74
Outono	112	21,92
Inverno	130	25,44
Meses do ano		
Janeiro	34	6,66
Fevereiro	32	6,26
Março	45	8,81
Abril	48	9,39
Maior	39	7,63
Junho	31	6,07
Julho	43	8,41
Agosto	33	6,46
Setembro	52	10,18

Capítulo 15 - Projeto vida: um relato de experiência de monitoramento dos casos de tentativas de suicídio no município de Fraiburgo/SC no período entre 2014 e 2022

Outubro	41	8,02
Novembro	76	14,87
Dezembro	37	7,24
Dias da semana		
Domingo	54	10,57
Segunda	108	21,14
Terça	92	18,00
Quarta	71	13,89
Quinta	75	14,68
Sexta	62	12,13
Sábado	49	9,59
Estabelecimento notificador		
APAE	1	0,20
CAPS	23	4,50
Conselho tutelar	9	1,76
Escola	5	0,98
Hospital	237	46,38
NASF	2	0,39
Polícia militar	12	2,35
SAMU	26	5,09
Unidade básica de saúde	39	7,63
UPA	40	7,82
Vigilância epidemiológica	117	22,90
Local da ocorrência		
Casa lar	1	0,20
Empresa	1	0,20
Lago	1	0,20
Mato	2	0,39
Residência	498	97,46
UPA	2	0,39
Via pública	6	1,16
Sob efeito de substância psicoativa no ato		
Álcool	62	12,13
Maconha	4	0,78
Múltiplas drogas	22	4,31
Não utilizado	423	82,78
Forma De Tentativa		
Afogamento	1	0,20
Agulha de crochê	1	0,20

Capítulo 15 - Projeto vida: um relato de experiência de monitoramento dos casos de tentativas de suicídio no município de Fraiburgo/SC no período entre 2014 e 2022

Arma branca	64	12,52
Asfixia com as próprias mãos	1	0,20
Enforcamento	55	10,76
Fogo	1	0,20
Ingestão de água sanitária	2	0,39
Ingestão de produto químico	11	2,15
Intoxicação medicamentosa	352	68,88
Intoxicação por pesticida	1	0,20
Intoxicação por raticida	11	2,15
Precipitação/pular de altura	11	2,15
Acolhimento		
CAPS	485	94,91
Particular	24	4,70
Não compareceram	2	0,39
Atendimento psicológico		
Sim	289	56,56
Não	222	43,44
Atendimento psiquiátrico		
Sim	161	31,51
Não	350	68,49
Internação		
Sim	79	15,46
Não	432	84,54
Controle da medicação		
Sim	59	11,55
Não	452	88,45
Acompanhamento em grupo terapêutico		
Sim	70	13,70
Não	441	86,30
Orientação aos familiares		
Sim	469	91,78
Não	42	8,22
Reincidência na tentativa de suicídio		
Nenhuma vez	410	80,23
1 vez	34	6,65
2 vezes	7	1,37
3 vezes	2	0,39
Motivo identificado		
Conflito conjugal	223	43,64

Capítulo 15 - Projeto vida: um relato de experiência de monitoramento dos casos de tentativas de suicídio no município de Fraiburgo/SC no período entre 2014 e 2022

Conflito familiar	197	38,55
Conflito judicial	4	0,78
Conflito laboral	3	0,59
Conflito namorado	5	0,98
Conflito pessoal	4	0,78
Dificuldade financeira	38	7,43
Emagrecer	1	0,20
Luto mal elaborado	3	0,59
Não identificado	25	4,89
Pressão da faculdade	1	0,20
Violência na infância	1	0,20
Violência sexual	6	1,17
Total	511	100

A distribuição dos casos de tentativas de suicídio ocorridas no período, segundo a variável sexo, mostrou que 69,08% (353 casos) dos eventos notificados ocorreram entre as mulheres, e 30,92% (158) foram de tentativas ocorridas entre homens.

No que se refere à idade, as tentativas de suicídio variaram entre pessoas de 10 a 77 anos, com média de 29,71 anos e mediana de 25 anos. Considerando ambos os sexos, a faixa etária entre 20 a 29 anos concentrou o maior número de casos (31,31%). Analisando-se o total de casos, 75,93% dos casos estão entre 10 a 39 anos, englobando 3 faixas etárias. Já as menores ocorrências concentram-se acima dos 60 anos.

Quanto ao grau de escolaridade, as pessoas com ensino médio, representaram 49,52% do total das tentativas, seguido do ensino fundamental com 41,68% dos casos.

Referente à ocupação das pessoas que tentaram suicídio, observou-se uma maior representatividade nas seguintes categorias: donas de casa (23,68%), seguidas pelos estudantes (22,11%), auxiliar de produção (13,70%) e diaristas (9,0%). Essas classes profissionais constituíram 68,49% do total dos casos e coincidiram com o delineado em outros estudos.

Na identificação dos bairros, foi possível observar o equilíbrio do número de tentativas de suicídio em áreas mais vulneráveis econômica e socialmente, como os bairros São Miguel e Nossa Senhora Aparecida, apresentando 191 casos, e bairros mais centrais, com poder aquisitivo maior, como Centro,

Jardim América, Nações, Santo Antônio e São José, os quais apresentaram 177 casos.

Em relação ao local de residência das pessoas que tentaram suicídio no período, apresentamos a distribuição dos casos conforme divisão por Estratégia de Saúde da Família (ESF) cadastradas na mesma Unidade Básica de Saúde (UBS), em oito áreas, sendo possível verificar que as a ESF São Miguel I, II e III, representam 37,97 % do total, seguido da ESF São José I, com 15,26% das tentativas

O projeto constatou que 82,19% das pessoas que tentaram suicídio no período não possuíam diagnóstico prévio de transtorno mental. Dos casos com diagnóstico de transtorno mental prévio à tentativa, 47 casos possuíam transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas, seguido de 15 casos com diagnóstico de esquizofrenia.

Considerando o período estudado, 2014 a 2022, observou-se um aumento de 22% da frequência das tentativas de suicídio com pico de casos em 2019 (n=106). Em relação as “Estações do ano”, nota-se uma variação da frequência de casos sendo que a estação com o maior número de tentativas de suicídio foi a primavera (31,90%) e a estação com menos casos foi o Verão (20,74%). Quanto aos meses do ano, foi possível observar que o mês de junho (6,07%) representou o mês de menor número de tentativas contrapondo o mês de novembro (14,87%). Em relação aos “Dias da semana” foi possível perceber que as tentativas ocorreram mais às segundas-feiras (21,14%) e terças-feiras (18%).

Quanto aos estabelecimentos que preencheram a notificação, o Hospital representou 46,38%, seguido da Vigilância Epidemiológica (22,90%). Quanto ao local de ocorrência das tentativas de suicídio a residência (97,46%) aparece como principal local do ato.

No que se refere ao uso de substâncias psicoativas no ato, verificou-se que o álcool (12,13%) foi mais utilizado, e 82,78% das pessoas não haviam utilizado nenhuma substância psicoativa.

As formas de tentativas mais utilizadas foram intoxicação medicamentosa (68,88%), arma branca (12,52%) e enforcamento (10,76%).

Das pessoas que tentaram suicídio, 485 (94,91%) foram acolhidas no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I, 24 (4,70%) no serviço particular, restando apenas 2 (0,39%) que não compareceram para atendimento.

Quanto ao tipo do atendimento realizado, 56,56% receberam atendimento psicológico, 31,51% atendimento psiquiátrico, 15,46% foram internados, sendo necessário em 11,55%, o controle da medicação e 13,70%

foram incluídos em grupo terapêutico para acompanhamento. Cabe ressaltar que 91,78% dos familiares receberam orientação.

Das motivações que desencadearam a tentativa de suicídio destaca-se o conflito familiar (82,19%), dos quais 43,64% tem relação com o conflito conjugal, seguidos da dificuldade financeira (7,44%). Não houve reincidência em 80,23% dos casos identificados.

Quanto a influência de substâncias psicoativas nas tentativas de suicídio, observa-se na Tabela 3 maior frequência do uso dessas substâncias pelos homens (32,28%) em relação às mulheres (13,03%). No sexo masculino houve maior frequência do uso de substâncias psicoativas, independentemente do tipo de substância (álcool, maconha ou múltiplas drogas)

Tabela 2 – Descrição das tentativas de suicídio de acordo com o uso substâncias psicoativas, método utilizado e sexo, Fraiburgo/SC, 2014 a 2021.

Substância psicoativa	Sob efeito de substância psicoativa no ato			
	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
Álcool	34	9,63	28	17,72
Maconha	0	0,00	4	2,53
Múltiplas	12	3,40	19	12,03
Não	307	86,97	107	67,72
Métodos				
Afogamento	1	0,28	0	0,00
Agulha de crochê	1	0,28	0	0,00
Arma branca	41	11,61	23	14,56
Asfixia com as próprias mãos	0	0,00	1	0,63
Atear fogo	1	0,28	0	0,00
Enforcamento	25	7,08	30	18,99
Ingestão de água sanitária	2	0,57	0	0,00
Ingestão de produto químico	4	1,13	7	4,43
Intoxicação medicamentos	266	75,35	86	54,43
Intoxicação por pesticida	0	0,00	1	0,63
Intoxicação por raticida	5	1,42	6	3,80
Precipitação	7	1,98	4	2,53

A análise referente ao método utilizado na tentativa de suicídio, conforme demonstra a Tabela 3, aponta que a maioria dos casos ocorreu por ingestão de medicamentos (68,88%). Já os métodos seguintes foram arma branca (12,52%)

e enforcamento (10,76%). Os três métodos mais utilizados somaram 92,16% do total dos casos. Entre os homens, a maior parte dos casos ocorreu por ingestão de medicamentos (54,43%), seguido por enforcamento (18,99%) e arma branca (14,56%). Entre as mulheres, a ingestão de medicamentos ocupa o primeiro lugar (75,35%), seguido por arma branca (11,61%) e enforcamento (7,08%). Chama atenção que a ingestão de medicamentos ocorre na maioria dos casos, independente do sexo, embora ocorra com maior frequência entre mulheres que entre homens. Já o segundo e terceiro lugar (arma branca e enforcamento), se dá em razões inversas entre homens e mulheres, conforme percentuais citados na tabela acima.

Considerações finais

A verdadeira viagem de descoberta não consiste na busca de novas paisagens, mas de um novo olhar.

Proust

O suicídio é um problema de Saúde Pública que afeta direta e indiretamente a sociedade e o Estado. Por ser um fenômeno multifatorial, a investigação deste tema precisa transpor a barreira de considerá-lo apenas como um fenômeno individual e psíquico, e sim correlacioná-lo com questões sociais, econômicas e políticas.

O fluxo de trabalho implementado no município de Fraiburgo, por meio da integração entre vigilância epidemiológica e o Centro de Atenção Psicossocial, possibilitou ultrapassar o tratamento dado as notificações, as quais geralmente traduzem-se apenas em estatísticas, repassadas à Secretaria de Estado e ao Ministério da Saúde. Por vezes, os municípios desempenham o papel de meros notificadores, não realizando a análise dos dados notificados e tampouco prestando assistência à saúde dessas pessoas.

A organização de um fluxo de atendimento aos pacientes que tentaram suicídio e a seus familiares, garantindo um atendimento humanizado a essas pessoas, possibilitou ao município de Fraiburgo atender, acompanhar, orientar e mapear os casos identificados.

Este projeto debruçou-se sobre esses dados e levantou as características sociodemográficas, características do evento e do atendimento realizado a 511 casos de tentativas de suicídio, registrados no município de Fraiburgo, no período entre 2014 a 2022, atingindo o objetivo proposto.

A análise desses dados permitiu concluir que os períodos de maior ocorrência foram os primeiros dias da semana (segunda-feira e terça-feira), nas estações do ano primavera e inverno. Em relação ao sexo, a prevalência para as mulheres foi 2 vezes maior que para os homens, sendo maior nas faixas etárias de 20 a 29 anos, em indivíduos com escolaridade de ensino médio incompleto a superior incompleto. As ocupações mais frequentes foram as donas de casa e estudantes (45,79%). Não houve relação com transtornos mentais ocorridos em 82,19% ou uso de substâncias psicoativas na maior parte dos casos, mas nos casos onde os indivíduos estavam sob efeito dessas substâncias, o álcool foi o mais presente.

Geograficamente, as áreas de abrangência das ESF's São Miguel I, II e III apresentaram maiores ocorrências, o que permitiu traçar um paralelo entre o risco às tentativas de suicídio e a vulnerabilidade social. A maioria dos casos ocorreu na própria residência (97,46%). Em relação ao método utilizado, a intoxicação por medicamentos foi a maior causa, seguida do uso de arma branca e enforcamento. Esses três métodos corresponderam a 92,16%. Quanto à motivação, 82,19% dos casos foram relacionados a conflitos familiares ou conjugais. Houve reincidência do ato em 13,95% dos casos.

A taxa média de tentativas de suicídio em Fraiburgo, no período estudado, foi de 146,79:100.000, a qual é equivalente às taxas de tentativas em diferentes regiões, em diferentes períodos, obtidas através dos dados oficiais de suicídios consumados, extrapolados para tentativas de suicídio na proporção de 1:10 a 1:20, segundo as estimativas da OMS.

Embora grande parte das características das tentativas de suicídio no município de Fraiburgo coincidam com grande parte dos estudos sobre o tema, existe discrepâncias importantes, como a não presença de transtorno mental prévio e motivos desencadeadores diferentes de outros perfis de estudos atuais.

Essas diferenças apontam para a necessidade de conhecimento da realidade de cada território, para que se possa intervir com maior eficácia, questionando a homogeneidade das estratégias de prevenção ao suicídio e possibilitando uma modificação nessa realidade, especialmente trágica para as famílias atingidas por esses eventos.

Este projeto possui um viés de informação, na medida em que os dados são oriundos de notificações compulsórias. Assume-se, como uma limitação do projeto, uma vez que se supõe que exista subnotificação de casos. Nesse sentido, as taxas estimadas neste, podem não refletir com total precisão a realidade das tentativas de suicídio no município.

Para futuros projetos sugere-se o aprimoramento das estimativas incluindo modelos de regressão mais sofisticados, bem como a estimativas dos intervalos de confiança e nível de significância das taxas de prevalência. Sugere-se também a realização de projetos dos fatores associados as tentativas de suicídio, bem como, identificação de outras possíveis variáveis que possam ajudar a explicar melhor esse complexo problema de saúde pública.

Referências

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 1876, de 14 de agosto de 2006.** Institui diretrizes nacionais para prevenção do suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_1876.pdf. Acesso em: 16 jun. 2021.

BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, v. 25, n 3, p. 231-236, dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>. Acesso em: 12 jun. 2021.

BRASIL. **Lei no 6.259, de 30 de outubro de 1975.** Dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o programa nacional de imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1975. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6259.htm. Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 1.876, de 14 de agosto de 2006.** Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 11 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 1876, de 14 de agosto de 2006.** Institui diretrizes nacionais para prevenção do suicídio, a ser implantadas em todas as

Capítulo 15 - Projeto vida: um relato de experiência de monitoramento dos casos de tentativas de suicídio no município de Fraiburgo/SC no período entre 2014 e 2022

unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_1876.pdf. Acesso em: 16 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em 02 de abril de 2022.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019**. Institui a política nacional de prevenção da automutilação e do suicídio, a ser implementada pela união, em cooperação com os estados, o distrito federal e os municípios e altera a lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm#art11. Acesso em: 10 nov. 2021.

CHACHAMOVICH, Eduardo; STEFANELLO, Sabrina; BOTEGA, Neury; TURECKI, Gustavo. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 31, supl 1, p. S18-S25, maio 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000500004>. Acesso em: 20 jun. 2021.

CORREA, Humberto; BARRERO, Sérgio Perez. O suicídio ao longo dos tempos. In: CORREA, Humberto; BARRERO, Sérgio Perez. (Orgs.). **Suicídio uma morte evitável**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 3-10.

MARIS, R. W., BERMAN, A. L., SILVERMAN, M. M. **Comprehensive textbook of suicidology**. New York: The Guildford Press, 2000.

OLIVEIRA, Cleane S. de; LOTUFO NETO, Francisco. Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. **Archives of Clinical Psychiatry**. São Paulo: v. 30, n. 1 p. 4-10, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832003000100001>. Acesso em: 12 jun. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: World Health Organization, 2014. 92 p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 25 nov. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**. Geneva: World Health Organization, 2017. 24 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 05 abr. 2022

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates**. Geneva: World Health Organization, 2021. 35 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>. Acesso em: 30 nov. 2021.

Capítulo 16

Racismo, branquitude e saúde: reflexões a partir do processo formativo de uma enfermeira especialista em saúde mental coletiva

Raíza Böger
Bruna Battistelli
Gisele Martins Gomes

Um percurso pela saúde mental coletiva

Sempre gostei do “coletiva” no nome do programa de residência no qual participei e acredito que esse termo marca uma posição ética e política sobre o que se entende por saúde mental com a qual eu me alinho desde que dei meus primeiros passos por dentro de serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e me aventurei nas primeiras leituras antimanicomiais, ainda na graduação. Saúde mental coletiva, entendida como associada à luta por justiça social. Ou seja, só há possibilidade de saúde mental quando nos colocamos no enfrentamento aos sistemas de opressão (de raça, classe, gênero, etc.). Foi durante a graduação que vivi experiências em serviços de saúde mental que produziram inquietações em mim que seguem comigo até agora, e plantaram as sementes do que viria a ser o tema do presente capítulo.

Cabe narrar um pouco sobre minha trajetória na saúde mental dentro da enfermagem. Na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), onde me graduei, o campo da saúde mental aparece mais para o final do curso, no 7º semestre, mesmo semestre em que estudamos com mais profundidade a atenção básica. Foi com bastante expectativa que cheguei no sétimo período. No currículo da UFSC, aprendemos sobre saúde mental a partir de uma perspectiva da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e foi assim que tive meu primeiro contato com autores como Paulo Amarante, Franco Basaglia e Abílio da Costa-Rosa, importantes nomes quando estudamos o processo da Reforma no Brasil. Participei de eventos da saúde mental, conheci militantes do movimento

antimanicomial catarinense, enfim, fui trilhando meu caminho como trabalhadora no campo da saúde mental.

Minha primeira experiência em um serviço especializado de saúde mental foi em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS AD). Participei de cada oficina e grupo que tive oportunidade e como não queria perder o contato com a saúde mental quando terminasse o semestre, busquei um professor e conversei com ele sobre meu interesse em conhecer o CAPS II da cidade; conhecer um pouco a clínica dos transtornos e não só do uso abusivo de substâncias. Desta forma, entrei para um projeto de extensão no qual participava de um grupo de mulheres que acontecia nesse CAPS, coordenado por uma enfermeira. Foi no CAPS que tive meu primeiro contato com o que chamamos de loucura e comecei a perceber que não é por acaso que ela ocupa determinados corpos. Algumas cenas me atravessaram e eu as carreguei comigo até hoje, e a seguir, narro duas delas que acredito que dialogam e ilustram a discussão proposta ao longo deste trabalho.

Um dia, quando já fazia algum tempo que eu acompanhava o grupo e já estava um pouco mais vinculada com as mulheres, uma delas chegou no CAPS e eu fui cumprimentar, perguntando como ela estava. *“Ai gurria, hoje eu não to nada nada bem, fiquei nervosa, muito nervosa, me agitei, fiquei ruim assim, não tava dando conta, meus vizinhos me levaram no posto e eu tive que tomar remédio na veia, foi a única coisa que me acalmou, fiquei meio mole, quase que nem vim”*. Perguntei então o que havia acontecido, e ela me respondeu, olhando em direção ao chão com uma expressão que beirava o desespero, *“meus filhos ficam me pedindo comida e eu não tenho o que dar. O pequeno pede uma carinha, e eu abro a geladeira e só tem umas frutinhas e olhe lá, eu não sei mais o que fazer”*. A fome. Uma realidade nunca de fato superada no nosso país. Em 2022, li os diários de Carolina Maria de Jesus, no livro *Quarto de Despejo - diário de uma favelada* (2014); leitura crua e dolorida, que incomoda e desacomoda. Esse lamento, de ver os filhos pedindo comida, também presentes nos escritos de Carolina em passagens como “eu também quando não tenho nada para dar aos meus filhos fico quase louca” (2014, p. 63), ou “... ando muito nervosa e que tem hora que eu penso em suicidar. Ela disse para eu acalmar. Eu disse-lhe que tem dia que eu não tenho nada para os meus filhos comer” (2014, p. 102) nos dão o tom do sofrimento causado pela fome. A fome impossibilita qualquer forma de saúde mental e, desta forma, não faz sentido pensar qualquer diagnóstico, qualquer código que conste no Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais (DSM) ou no Código

Internacional de Doenças (CID), para uma pessoa que não tem o que comer ou como sustentar suas/seus filhas/os.

Eu sou uma mulher branca de classe média alta, ainda que em outros momentos da graduação eu já tivesse tido experiências de estágio com populações vulneráveis, aquele foi o meu contato mais visceral com a fome e o estrago psíquico que ela causa. Me lembro que essa mulher era branca, mãe solteira e desempregada. Como já faz tempo (era 2018), eu não me recordo se ela era beneficiária do Bolsa Família, ou do Benefício de Prestação Continuada (BPC), mas pelo relato dela, eu imagino que não, não naquele momento pelo menos. Aliás, era um tema bastante recorrente no grupo: o nervosismo com a chegada das datas das perícias, as mulheres viviam em constante medo do médico do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) dizer que elas tinham que voltar a trabalhar, “parece que só porque não tem nada quebrado eles acham que a gente tá bem e pode trabalhar, não é bem assim”, falas nessa linha surgiam com frequência, como se adoecimento psíquico não fosse adoecimento, mesmo sendo a depressão uma das doenças que mais incapacita para o trabalho no mundo.

A outra cena, também referente ao mesmo grupo de mulheres no mesmo CAPS, foi em um momento de supervisão com a enfermeira coordenadora do grupo após o encontro, quando estávamos falando sobre uma das participantes, uma mulher negra, pobre e que vivia num quarto escuro, tinha um sorriso tímido e falava pouco, mas nunca faltou um encontro do grupo. A enfermeira contou que essa mulher chegou ao CAPS com um encaminhamento de uma psiquiatra da rede de atenção básica do município, e que no encaminhamento a médica mencionava um “olhar psicótico” na expressão dela. A enfermeira comentou que ao ler o encaminhamento já ficou desconfiada, imaginando o que seria esse tal de “olhar psicótico” e de onde a psiquiatra havia tirado isso. A profissional conta, então, que durante o acolhimento dessa mulher ela falava pouco, passava bastante tempo quieta e olhando para cima. Em algum momento da conversa, a profissional pergunta por que que ela olha tanto para cima, e o que surge de resposta *“é que eu tomo rivotril faz muitos anos, eu vivo esquecendo o que eu ia falar, quando eu olho pra cima eu tô tentando lembrar”*; esse era o “olhar psicótico” que a psiquiatra havia observado.

Foi durante essa experiência no CAPS II, no grupo de mulheres, que pensei pela primeira vez nas intersecções entre gênero/sexo e a produção do sofrimento psíquico, as maneiras específicas que as mulheres sofrem e quais as origens disso. Inicialmente, era nessa linha que pretendia desenvolver o ensaio,

Capítulo 16 - Racismo, branquitude e saúde: reflexões a partir do processo formativo de uma enfermeira especialista em saúde mental coletiva

numa tentativa de dar um contorno para essas questões que me acompanhavam já há alguns anos. Mas em diálogo com o vivido no percurso da residência, para além da relação do gênero e sofrimento psíquico, analisei os processos de medicalização presentes nesse engendramento com o acréscimo da dimensão racial que se tornou central no processo de finalização da formação em saúde mental; processos que alimentam uma psicofarmacomedicalização da vida (entendida, aqui, especificamente como a medicalização através do uso indiscriminado de psicofármacos), mas que não se restringem a isso. Na primeira cena relatada, por exemplo, a principal questão era fome. Ignorar isso, e tratar a crise apenas enquanto a manifestação de uma psicopatologia é medicalizar uma questão que é essencialmente social, referente a garantia de direitos básicos. Me pergunto, qual foi o sintoma apresentado pela mulher da segunda cena que justificou um uso tão indiscriminado do clonazepam? E como isso passou batido por tanto tempo para os outros profissionais que a acompanhavam, e qual o papel do racismo nisso (lembrando que tratava-se de uma mulher negra) ?.

Para além disso, ainda tenho várias outras perguntas, algumas sem resposta e outras com respostas em construção, que funcionam como pistas para um fazer interessado em desmedicalizar processos cotidianos de vidas atravessadas por violências de gênero e de raça. Será que é possível desenvolver uma prática profissional desmedicalizante, enquanto enfermeira, sendo que minha formação se deu nos moldes do modelo biomédico e minha atuação, provavelmente, será em serviços calcados na mesma lógica? É possível falar em desmedicalização sendo que as opressões, o racismo, o sexismo, o machismo, provocam sofrimentos e adoecimentos que atravessam corpos, corpos que vão buscar serviços de saúde que operam a partir da medicalização? Como pensar a desmedicalização numa realidade adoecedora, vide os números de diagnósticos de transtornos depressivos e ansiosos? E gendrificando tais diagnósticos, o que está por trás do número expressivamente maior de diagnósticos de transtornos ansiosos, depressivos e de borderline em mulheres? E qual a interferência da raça/etnia nos processos de produção de sofrimento e medicalização de mulheres negras? Quais são os sofrimentos passíveis de serem medicalizados, quem tem direito ao sofrimento? E qual o papel da branquitude nisso? Qual *meu* papel nisso?

Perguntas para que possamos racializar os processos de formação em saúde sem necessariamente nos preocuparmos em responder tais questões. Fui, assim como a grande maioria das/os profissionais da saúde, ensinada na graduação a

Capítulo 16 - Racismo, branquitude e saúde: reflexões a partir do processo formativo de uma enfermeira especialista em saúde mental coletiva

seguir um modelo positivista de ciência, que se propõe “imparcial” e neutro, e a partir dessa perspectiva eu deveria eleger uma pergunta de pesquisa e ter objetivos nítidos. Mas gostaria de romper com esse modelo e me permitir lançar diversas perguntas, mesmo sem ter a pretensão de dar alguma resposta contundente para elas. O objetivo, desta forma, é apontar a necessidade de racializarmos a formação em saúde, principalmente, no campo da enfermagem.

Pistas sobre como o tema da raça sustenta nossos processos formativos

No primeiro encontro de orientação para a escrita do TCR, a Bruna me incentivou a caracterizar os estados onde eu vivi e vivo (SC e RS), e o território do CAPS onde fiz a extensão na graduação, no qual vivi as cenas relatadas no início do texto. Esse processo da busca do número de pessoas negras no sul do país me fez pensar no quanto ter vindo para Porto Alegre, para a residência em saúde mental coletiva, foi essencial para o meu processo de letramento racial. Ferreira (2014, p. 250) afirma que “para termos uma sociedade mais justa e igualitária, temos que mobilizar todas as identidades de raça branca e negra para refletir sobre raça e racismo”. O termo “letramento racial” se refere ao processo de ler, conversar e estudar sobre relações étnico raciais, racismo e branquitude, e a partir disso aguçar o meu olhar para o cotidiano, entendendo que o estudo das relações étnico-raciais envolve questionar o meu lugar dentro desse jogo, rompendo a lógica muitas vezes hegemônica entre pessoas brancas de que estudar raça e racismo é estudar sobre o negro, o outro, e nunca sobre si.

Nesse sentido, o ano de 2022 foi especialmente marcante, pois pude participar do curso de Promotores de Saúde da População Negra, da SMS/POA. Olhando pra trás, eu percebo que em Santa Catarina eu era ainda muito alheia às discussões de raça, racismo, branquitude e relações étnico-raciais, não racializava minhas relações, os atendimentos que fazia nos estágios, e não lembro de ter tido discussões sobre isso em sala de aula. Monteiro, Santos e Araújo (2021, pg. 8) apontam para um “enorme desconhecimento por parte dos responsáveis por cursos da área da Saúde a respeito da legislação”, tendo em vista as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana (DCNERER) (2004), e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional/LDB (1996), além da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra/PNSIPN (2009). Mas, olhando para o Projeto Político-Pedagógico

Capítulo 16 - Racismo, branquitude e saúde: reflexões a partir do processo formativo de uma enfermeira especialista em saúde mental coletiva

(PPP) de meu curso de graduação (UFSC, 2018), me pergunto se é esse mesmo o caso, considerando que o próprio documento aponta para a legislação e o cumprimento da mesma. O que me parece que ocorre é uma falta de engajamento, de implicação do corpo docente na construção de um cuidado em saúde antirracista, resultado do baixo letramento racial, e, por consequência, a disseminação de um cuidado racista. Infelizmente, o que os estudos mostram é que o ensino e a discussão das relações étnico raciais e seus impactos na saúde da população ainda são muito incipientes nos cursos de graduação em saúde em todo o país, demonstrando como esse é um problema estrutural que perpassa as instituições e é reproduzido por trabalhadoras/es.

Como explicar que, sendo o Brasil o país com maior população negra fora do continente africano, a formação em saúde ainda siga uma lógica tão branca? No entanto, só me questionei isso após um processo de estudo e reflexão sobre raça e racismo durante a residência em saúde mental coletiva. Vivemos em um país no qual o mito da democracia racial ainda não foi superado, e o efeito disso é que as dimensões do racismo são mascaradas, e torna-se até difícil falar sobre raça quando se foi criada a ideia de que não existe racismo no Brasil. Isso chega a tal ponto que Souza e Rocha (2022), ao estudarem sobre a inserção (ou não) da temática da saúde da população negra na formação dos profissionais de saúde, ouviram de uma docente da enfermagem, durante a pesquisa, que “o sistema de saúde não funciona e que isso dificulta o acesso das pessoas aos serviços, mas que não considera que fatores como raça e cor estão associados às iniquidades de acesso” (p. 7).

Como é fácil terceirizar para algo tão abstrato quanto o “sistema de saúde que não funciona” a responsabilidade pelas iniquidades de acesso. Enquanto isso, Jurema Werneck nos aponta:

o principal elemento constituinte desse campo [da saúde da população negra] é o **reconhecimento do racismo como um dos fatores centrais na produção das iniquidades em saúde** experimentadas por mulheres e homens negros, de todas as regiões do país, níveis educacionais e de renda, em todas as fases de sua vida (2016, p. 540) (grifo próprio).

O que faz com que em um país com uma vasta produção do Movimento Negro ainda tantas pessoas (brancas) pensem que as iniquidades não tem a ver com raça?

bell hooks, teórica feminista e antirracista negra estadunidense, trabalha com o conceito de supremacia branca, termo usado por ela para “identificar a ideologia mais determinante da maneira como pessoas brancas (independentemente da inclinação política, de direita ou esquerda), percebem e se relacionam com pessoas negras e pessoas não brancas nesta sociedade” (2019, p. 232). Ainda, de acordo com a autora, “a supremacia branca está completamente difundida nesta sociedade, como ideologia e também como comportamento” (p. 232) hooks aponta, também, a necessidade de que

pessoas preocupadas, pessoas brancas justas, comecem a explorar por completo o modo pelo qual a supremacia branca determina como elas próprias veem o mundo, mesmo que suas ações não estejam embasadas por nenhum tipo de preconceito racial que provoca discriminação e separação explícita (hook, 2019, p. 236-237).

Suiane Costa Ferreira, pesquisadora negra enfermeira brasileira, organizou o livro *Debate contracolonial na formação em saúde* (2022), que é resultado de atividades desenvolvidas pela autora em sala de aula, onde para as/os estudantes eram propostos a se colocarem no lugar de educadoras/es, e, a partir disso, “refletindo sobre os conteúdos dialogados em sala de aula, produzissem um momento de aprendizado em que revisitariam temáticas da formação em saúde a partir do olhar racializado” (p. 11). Cada capítulo do livro apresenta uma temática no campo da saúde da população negra, trabalhada a partir da afrocentricidade, e para cada tema, uma proposta didática foi formulada, para que os conhecimentos e experiências narrados possam ser replicados por outras/os profissionais. Ferreira (2022) apud Asante (2014), na apresentação do livro, também nos ajuda a pensar os impactos da supremacia branca na formação em saúde ao afirmar que:

[...] em uma sociedade marcada pela colonialidade e pelo eurocentrismo, o currículo será também marcado a partir deste lugar, apagando, silenciando ou estereotipando as culturas marginalizadas, pois os processos educativos estão intrinsecamente relacionados aos contextos sociais nos quais se desenvolvem. Escolas são reflexos da sociedade que as produz, uma sociedade dominada pelo supremacismo branco criará um sistema educacional baseado na hegemonia branca (p. 20)

Ou seja: ninguém me disse, ao longo da minha graduação, que não devemos cuidar de pessoas negras, porque isso seria lido como absurdo e criminoso, não tive uma formação que apoiasse práticas discriminatórias no SUS, muito pelo contrário: estudamos os princípios do sistema e defendemos desde o início um SUS com equidade, integralidade e universalidade. Mas não é absurdo, é naturalizado, que não estudemos as condições específicas de saúde da população negra, que não tenhamos contato com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, nem com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/PNASPI (2002). Isso é o racismo velado, sustentado pelo sistema supremacista branco que molda o ensino em saúde que eu tive ao longo da graduação.

Seguindo o percurso da reflexão sobre o meu processo formativo, chego à residência. Fiz o mesmo processo de busca pelo PPP, e dos termos “racismo”, “raça” e “étnico”. No PPP da residência, o termo apareceu no Anexo II, que são os eixos temáticos dos seminários formativos. No eixo temático “Equidades”, são mencionados dois seminários: Saúde mental e relações étnico-raciais; e Saúde mental, sexualidades e relações de gênero. Apesar de aparecer muito menos no PPP do meu programa de residência do que no PPP do meu curso de graduação, foi na residência que comecei a dar mais atenção para a dimensão racial e sua relação com o processo saúde/doença, especialmente o impacto do racismo na saúde. Através de alguns seminários teóricos, fui tendo meus primeiros contatos com autoras e autores negros, como bell hooks, Conceição Evaristo, Renato Nogueira, Emiliano de Camargo David e colegas negras e negros que traziam o debate racial para os espaços coletivos também.

Em 2022, meu segundo ano enquanto residente, tivemos o seminário específico de relações étnico raciais, com o professor José Damico, mas percebo que em outros seminários, de outras temáticas, as discussões étnico-raciais também se fizeram presentes. Como por exemplo em um seminário sobre infância e juventude, que uma das leituras recomendadas foi um capítulo da dissertação de mestrado de Emiliano Camargo David, na qual ele traz a proposta de aquilombamento dos CAPS. David (2018) explicita a forma com que o racismo estava entrelaçado com a produção do sofrimento psíquico em dois usuários do CAPSij, e a forma com que a equipe lidava com isso. O aquilombarse é definido pelo autor como “sair do paradigma racista, trabalhando pela desinstitucionalização do racismo como relação de poder” (p. 146).

Acredito que isso diga de um maior engajamento do corpo docente da residência com a luta antirracista, mas acho também que esse é apenas um dos

Capítulo 16 - Racismo, branquitude e saúde: reflexões a partir do processo formativo de uma enfermeira especialista em saúde mental coletiva

fatores. Levanto a hipótese de que características territoriais também possam ter influência nesse processo. O Brasil é um país de dimensões continentais, e a distribuição da população negra nesse território tão amplo não é uniforme. Ou seja, falar de racismo em Salvador, por exemplo, não é a mesma coisa que falar de racismo em Florianópolis ou Porto Alegre, assim como não é a mesma coisa que falar de racismo em cidades interioranas no Sul do país, conhecida como a “região mais branca do Brasil”.

A população negra em Florianópolis (onde me graduei) é de 14,68%, enquanto que em Porto Alegre é de 20,2%. Ainda que, percentualmente, não seja uma diferença tão grande assim, ao ingressar na residência eu comecei a reparar mais na presença negra na cidade, nos espaços de trabalho, na própria residência, nos espaços formativos, no meu cotidiano. Por razões provavelmente complexas e que não cabem neste trabalho, Santa Catarina é um estado muito conservador, inclusive Florianópolis. Ainda que o Rio Grande do Sul também seja, eu percebo que Porto Alegre é uma cidade muito mais progressista, quando comparada com o interior do RS ou com SC (inclusive a capital). O que eu quero dizer com isso é que, apesar de todos os pesares, e apesar de achar uma grande falha dos cursos de graduação na saúde ignorarem a dimensão racial nos processos de adoecimento, eu acho que faz sentido, no contexto brasileiro, essas discussões terem entrado na minha vida com mais força justamente durante a residência. Não é por acaso.

Sobre isso, Monteiro, Santos e Araújo apontam “a percepção de residentes acerca da ausência da abordagem de temas pertinentes à saúde das populações negra e indígena nos seus processos formativos da graduação” (2021, p. 10), e que “os programas de residência se apresentaram como espaço importante para abordagem da saúde da população negra e para demonstrar aos residentes as lacunas de sua formação sobre esse tema” (2019, p. 13), o que vai justamente ao encontro do que venho relatando sobre a minha experiência de graduação e pós graduação, e aponta os programas de residência como espaços onde essas reflexões são possíveis, ou, pelo menos, espaços onde essas reflexões são mais possíveis do que são na graduação.

Ainda assim, mantenho meu ponto de vista de que deixar para falar sobre isso apenas na residência não é o suficiente, essas discussões deveriam estar presentes desde a graduação, sendo inclusive a primeira diretriz geral da PNSIPN a “inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde...” (Brasil, 2009). A esse respeito, Ferreira (2022) é categórica:

Capítulo 16 - Racismo, branquitude e saúde: reflexões a partir do processo formativo de uma enfermeira especialista em saúde mental coletiva

Compreende-se, portanto, que, para alcançar efetividade ao disposto na PNSIPN, com relação à promoção da saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) **se faz necessário privilegiar a formação dos profissionais área da saúde desde a graduação.** (grifo próprio) (p. 15).

A partir do curso de Promotoras/es, pude refletir sobre vários momentos ao longo da graduação onde as discussões deveriam ser racializadas: por que não falar da importância de dados desagregados por raça/cor ao aprendermos sobre epidemiologia e os sistemas de informação em saúde? Por que não falar sobre a importância da autodeclaração do quesito raça/cor enquanto uma atividade de educação em saúde, tanto com os usuários do SUS quanto com as trabalhadoras? E da importância desse dado para a produção de políticas públicas. Lembro que durante o semestre em que aprendemos sobre gestão em saúde, fiquei um bom tempo das atividades teórico-práticas fazendo planilhas que nem sei se foram utilizadas depois, não lembro do que se tratavam. Hoje em dia percebo que, fosse outra a minha formação, se eu tivesse tido contato com a PNSIPN mais cedo, esse tempo poderia ser dedicado, por exemplo, para uma atividade de educação em saúde com as agentes comunitárias de saúde, geralmente as profissionais responsáveis pelo cadastramento dos usuários, sobre a importância do preenchimento adequado do quesito raça/cor. Por que não me lembro de ter sido sequer mencionado, quando aprendemos sobre situações de urgência e emergência, sobre as crises alérgicas causadas pela doença falciforme?

No módulo sobre doença falciforme, durante o curso de Promotoras/es, a enfermeira Gisele Gomes, mestra em saúde coletiva e responsável pela área técnica de saúde da população negra de Porto Alegre, nos contou sobre pessoas que peregrinam pelos serviços de saúde às vezes por anos, com crises horríveis de dor, até esbarrar em alguém que considere o diagnóstico de doença falciforme, pois é uma doença muitas vezes negligenciada ao longo da formação. Enfim, o que essas reflexões apontam é que há, ainda, muito a avançar no campo da formação. Mas experiências como o próprio curso de Promotoras/es em Porto Alegre, e a coletânea organizada por Suiane Costa Ferreira, fruto de uma atividade curricular da disciplina “Relações étnico-raciais e o cuidado em saúde”, na Universidade do Estado da Bahia (UNEB), nos mostram que é possível fazer diferente.

Um outro fator importante para o processo formativo e a aprendizagem sobre os impactos do racismo foram os acontecimentos na própria residência no primeiro semestre de 2022, que culminaram numa grande tensão racial entre as pessoas envolvidas. Foi uma tensão difícil de ser sustentada (o que não surpreende, ao pensarmos conceitos como a fragilidade branca e o pacto narcísico da branquitude), mas que fez com que eu me revesse também enquanto residente branca, em um coletivo de residentes ainda majoritariamente branco, e refletisse sobre como lidamos coletivamente (residentes, tutoras/es e coordenação) quando nossas colegas fazem uma denúncia de racismo institucional, e tudo que se deu na residência a partir disso.

Importante que possamos nos deter nos conceitos trabalhados por Robin DiAngelo, pesquisadora branca estadunidense, e Maria Aparecida Bento, pesquisadora negra pioneira nos estudos sobre branquitude no Brasil. DiAngelo define a fragilidade branca como:

Um estado em que até mesmo uma quantidade mínima de estresse racial se torna intolerável, desencadeando uma série de movimentos defensivos. Esses movimentos incluem a expressão de emoções como raiva, medo e culpa, e comportamentos como discussão, silêncio e abandono da situação criadora de estresse. Esses comportamentos, por sua vez, funcionam para restabelecer o equilíbrio racial branco (2018, p. 39-40)

Já o pacto narcísico da branquitude pode ser entendido como o silêncio da branquitude acerca da herança escravocrata na história do país e tem como consequência a naturalização de desigualdades raciais. Nas palavras de Maria Aparecida Bento, ao não falarmos sobre as violências, assassinatos e atos vergonhosos de nossos antepassados:

A realidade da supremacia branca nas organizações públicas e privadas da sociedade é usufruída pelas novas gerações brancas como mérito do seu grupo, ou seja, como se não tivesse nada a ver com os atos anti-humanitários cometidos no período da escravidão, que correspondem a $\frac{1}{3}$ da história do país, ou com aqueles que ainda ocorrem na atualidade (Bento, 2022, p. 23-24).

No meu R2, atuando no campo da saúde indígena, tanto na Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, quanto na Área Técnica (AT) de saúde dos

povos indígenas, na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS/POA), me vi mais implicada, no meu cotidiano, a me a ver com as divisões raciais que existem no mundo, de que forma elas operam, como operam em mim, como minha branquitude me situa no mundo e atravessa minhas relações. A Área Técnica de saúde dos povos indígenas, junto com outras áreas técnicas (saúde da população negra, saúde da população LGBT, saúde da população em situação de rua, e saúde da população migrante), compõem o Núcleo de Equidades (NEQ), dentro da Coordenadoria de Políticas Públicas de Saúde (CPPS). As populações que são sujeitas do NEQ são, em sua maioria, grupos que sofrem diversas opressões, dentre elas a opressão racial, e a proximidade desse núcleo no meu cotidiano de trabalho também intensificou esse processo de auto questionamento e auto observação.

A proximidade do NEQ permitiu com que eu pudesse participar, ao longo do segundo semestre de 2022, da vigésima primeira turma do curso de Promotoras/es, promovido pela Área Técnica de Saúde da população negra. Esse curso, já mencionado anteriormente, tem como principal objetivo fortalecer a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. O processo seletivo se deu através de um edital, e as vagas foram distribuídas de forma a contemplar as diferentes categorias profissionais, de nível técnico e superior, e também profissionais das diferentes regiões de Porto Alegre.

O curso foi, com certeza, uma das experiências mais transformadoras que tive no decorrer da minha formação. Além de tudo que aprendi, foi também um espaço de encontro e de trocas com outras trabalhadoras e trabalhadores da saúde de Porto Alegre, com propósitos parecidos com os meus, de defesa do SUS e pelo fim das iniquidades em saúde, encarando a mesma realidade e as mesmas angústias de enfrentar um SUS precarizado, asfixiado pela fatídica Emenda Constitucional (EC) do teto de gastos, e, no contexto de Porto Alegre, uma atenção básica quase totalmente terceirizada. Foi um curso que renovou minhas esperanças, mostrando que sim, é possível produzir saúde com mais equidade, ainda que a conjuntura não seja das melhores. Muitas das reflexões que trago ao longo deste trabalho, são fruto de tudo que pude ouvir e refletir no decorrer do curso de Promotores.

Enfim, dei uma volta e refleti sobre a dimensão racial ao longo do meu processo formativo, graduação e pós graduação, para agora retornar à minha experiência no CAPS, no grupo de mulheres que foi tão marcante para mim na graduação, e fator determinante na minha escolha por uma residência em saúde

mental. Lembro que o grupo de mulheres que participei não era hegemônico, mas não arrisco a estimar uma porcentagem de quantas participantes eram mulheres brancas e quantas eram mulheres negras. Os dados do bairro em que o CAPS se localizava acabaram não sendo de muita ajuda, tendo em vista que Florianópolis conta com apenas um CAPS II, que por consequência abrange todo o território do município. Hoje em dia, com o pouco que acumulei de leituras do feminismo negro, percebo o quanto é grave que, em um grupo pensado em ser um grupo específico de mulheres, partindo-se do pressuposto de que o sofrimento psíquico não se dá da mesma forma em homens e em mulheres, o recorte racial tenha ficado de fora do grupo. Percebo que, da mesma forma, o sofrimento psíquico de mulheres brancas e negras também não se dá da mesma forma.

Branquitude, racismo e saúde

bell hooks, em seu livro *Tudo sobre o amor: novas perspectivas* nos apresenta ensinamentos valiosos e uma aposta radical em uma ética amorosa enquanto via para a transformação do mundo. No capítulo seis, ela discorre sobre a predisposição da maioria das pessoas em assumirem que não apoiam a violência doméstica contra mulheres, afirmando que

Se você sair de porta em porta pelo país e conversar com os cidadãos a respeito da violência doméstica, quase todo mundo vai insistir que não apoia a violência contra a mulher, a qual acredita ser moral e eticamente errada. Contudo, quando você explica que só acabaremos com a violência contra a mulher ao desafiar o patriarcado, e que isso significa não aceitar mais a ideia de que homens deveriam ter mais direitos e privilégios que as mulheres por causa de diferenças biológicas, ou de que homens deveriam ter poder para dominar as mulheres, as pessoas então param de concordar. **Existe uma distância entre os valores que dizem defender e sua disposição de fazer o trabalho necessário para conectar pensamento e ação, teoria e prática, para concretizar esses valores e assim criar uma sociedade mais justa** (hooks, 2021, p. 126, grifos próprios).

Ao ler este trecho, me lembrei de uma pesquisa no Brasil que mostra que aqui, a ampla maioria das pessoas admite que existe o racismo, mas uma parcela mínima se admite racista. Assim como hooks traz a mudança na postura das

pessoas ao desafiar o patriarcado, há uma resistência na branquitude em reconhecer seu privilégio e como esse serve a favor da manutenção da supremacia branca. Como se existisse racismo, mas não existissem racistas. Como se existisse violência contra a mulher, mas não existem machistas. Como se as opressões existissem sozinhas, em uma espécie de vácuo onde ninguém as perpetua.

Trago essa discussão porque penso que nós, trabalhadoras brancas do Sistema Único de Saúde, que defendemos um SUS de fato equânime, devemos estar atentas a essa distância apontada por hooks entre os valores que dizemos defender e nossa “disposição de fazer o trabalho necessário para conectar pensamento e ação, teoria e prática” (hooks, 2021, p. 126). É essencial admitirmos que nos beneficiamos de uma sociedade racista, que ocupamos um lugar de poder, quebrarmos o pacto narcísico apontado por Cida Bento (Bento, 2022). A partir daí, cabe questionar: como esse lugar de poder nos atravessa? Como atravessa nosso cotidiano de trabalho? Como atravessa nossos atendimentos, nossa prática clínica? Na atenção básica, penso que, a partir desses questionamentos, cabe um olhar cuidadoso para o território. Como está o preenchimento do quesito raça/cor na unidade em que eu trabalho? Qual a porcentagem de pessoas negras no meu território? Essas pessoas buscam o serviço? Acessam o serviço? Como é o acolhimento delas? Elas voltam? Será que há alguma barreira causada pelo racismo institucional que não estamos vendo?

Jurema Werneck (2016), em seu texto “Racismo institucional e saúde da população negra” afirma que o racismo institucional “equivaleria a ações e políticas institucionais capazes de produzir e/ou manter a vulnerabilidade de indivíduos e grupos sociais vitimados pelo racismo”. Um exemplo bastante prático e ilustrativo do racismo institucional no contexto brasileiro é o fato de mulheres negras serem mais vítimas de violência obstétrica do que mulheres brancas (Carta Capital, 2020). O curso de Promotoras/es foi essencial para que eu refletisse sobre essas questões. Ao longo dos módulos do curso, discutimos diversos assuntos, como a importância da autodeclaração do quesito raça/cor, saúde mental da população negra, doença falciforme, e também agravos na saúde e os impactos do racismo. Com relação aos agravos em saúde, a publicação de 2017 do documento que tem por finalidade orientar a implementação da PNSIPN traz alguns dados com relação ao acesso aos serviços, saúde da mulher, mortalidade materna, HIV/aids e hepatites virais, dentre outros, todos eles com indicadores piores na população negra. A mortalidade materna, por exemplo, de acordo com dados do Sistema de Informações sobre

Mortalidade (SIM), “do total de 1.583 mortes maternas em 2012, 60% eram de mulheres negras e 34% de brancas (MS/SVS/CGIAE).” Isso sem falar nos índices de mortes por causas externas, que escancara o genocídio da juventude negra. Para ver os outros indicadores, conferir a publicação da PNSIPN de 2017.

Um exercício interessante a esse respeito que fizemos durante o curso de Promotoras/es, durante uma das aulas, foi entrar no site do Observatório da Vigilância em saúde de Porto Alegre e conferir os dados desagregados por raça/cor, e discutir coletivamente sobre os dados encontrados. Em novembro de 2022, a diretoria de Vigilância em Saúde divulgou um boletim epidemiológico alusivo ao Novembro Negro, com dados sobre a saúde da população negra residente em Porto Alegre. Ainda que o percentual de pessoas autodeclaradas negras na capital gaúcha seja de 20%, em 2021, o número de casos de sífilis adquirida foi proporcionalmente mais que o dobro na população negra do que na população branca (Prefeitura De Porto Alegre/SMS/DVS, 2022, p. 14), e este é apenas um dos exemplos das iniquidades raciais em saúde que podemos observar no município.

Ainda sobre o Promotoras/es, em um dos módulos tivemos uma aula com Andressa Moraes, psicóloga negra, para falarmos sobre racismo e os impactos na saúde mental da população negra. Nessa aula, ela comentou que é muito frequente que ela atenda pessoas no consultório que relatam que em processos terapêuticos anteriores, com pessoas brancas, elas receberam algum diagnóstico a partir do relato de experiências de racismo vividas, a psicóloga branca dizia que “é coisa da sua cabeça”, “é alucinação”, deve ser “paranóia” pensar que alguém está te seguindo no mercado, por exemplo. Esse relato, para além dos impactos visíveis do racismo na saúde mental de pessoas negras, também me fez pensar em um outro aspecto: os impactos da branquitude das e dos trabalhadores da saúde e, mais especificamente, da saúde mental. Parece óbvio, mas pensando que talvez a leitora, assim como eu, venha de processos formativos bastante brancos, às vezes o óbvio também precisa ser dito: se o racismo existe, alguém o produz, e esse alguém são as pessoas brancas. Em outras palavras: nós somos os racistas. É responsabilidade das pessoas brancas de entenderem o seu papel na reprodução de práticas racistas no seu cotidiano.

Aqui, me ajudam nessa reflexão Sueli Carneiro, Edson Cardoso e Cida Bento. Sueli Carneiro, em seu texto *Colorindo egos*, publicado no Portal Geledés (2008), nos faz uma pergunta essencial: “Em termos de saúde mental, o que significa um ego e uma subjetividade inflados pelo sentimento de superioridade

Capítulo 16 - Racismo, branquitude e saúde: reflexões a partir do processo formativo de uma enfermeira especialista em saúde mental coletiva

racial?” (s.p.) Também nesse texto, Carneiro afirma que “os efeitos perversos sobre a subjetividade dos brancos, das representações imaginárias e simbólicas do corpo branco como instrumento de poder e de privilégios à custa da opressão material e simbólica dos outros” (s.p.) também devem ser investigados pela psicologia. No texto em questão, Carneiro fala especificamente da psicologia. Mas penso que essa investigação deve ser expandida para todos que trabalham no campo da saúde mental, inclusive a enfermagem. Ainda refletindo sobre a subjetividade dos brancos, transcrevo aqui um trecho da Aula 3, sobre estigma, do curso “Para ler o Brasil”, ofertado pela Casa Sueli Carneiro, na qual Edson Cardoso (2022) nos diz:

Afinal, o que produz na nossa população majoritária uma desumanização de longa duração? Mas não é só nos negros, é preciso saber qual efeito de alguém se supor humano e superior aos outros. Qual o efeito de por tanto tempo alguém se acreditar dono dos empregos, das oportunidades, dos filmes, dos programas de TV, do melhor assento no ônibus, do melhor assento no restaurante, alguém se imaginar na frente do espelho que é mais humano do que os outros, quais os efeitos, no coletivo, dessa suposição de humanidade plena no grupo dominante? Quais serão os efeitos? Nós não estamos pesquisando, e precisa sim (Cardoso, 2022).

Talvez seja na direção desses questionamentos que a escrita deste trabalho esteja se encaminhando. Talvez, caiba questionar, de que forma a branquitude prejudica a saúde da população negra? Acho que vale lembrar que a maioria dos profissionais de saúde de nível superior no Brasil são pessoas brancas. Mas de toda forma, questionar a branquitude está para além de responsabilizar corpos brancos individualmente. Quando falamos de branquitude, estamos falando de relações de poder, de uma hierarquização que sustenta o branco como superior. Questionar a branquitude é questionar a lógica que mantém a população negra brasileira com os piores indicadores de saúde quando comparados com a população branca. O que sustenta isso? Me lembro, novamente, do pacto narcísico discutido por Cida Bento:

É evidente que os brancos não promovem reuniões secretas às cinco da manhã para definir como vão manter seus privilégios e excluir os negros. Mas é como se assim fosse: as formas de exclusão e de

manutenção de privilégios nos mais diferentes tipos de instituições são similares e sistematicamente negadas ou silenciadas (2022, p. 18).

Faço uma paráfrase e trago essa reflexão para o campo da saúde: é evidente que trabalhadores da saúde brancos não promovem reuniões secretas para definir como vão manter a saúde da população negra em patamares sempre piores que da população branca. Mas é como se assim fosse. Me ajuda a pensar nos impactos da branquitude no cuidado em saúde, especialmente em saúde mental, o TCR de Arthur Gomes de Almeida, *Reflexões sobre a “guerra às drogas e valorização das vidas negras: escrevivências de um residente em saúde mental coletiva”* (2022). Psicólogo negro que foi meu colega de residência em 2021, no texto, Arthur relata a diferença de acolhimento que ele observou por parte da equipe (majoritariamente branca) quando foi um homem branco e um homem negro que estavam em sofrimento, em um dos serviços em que ele atuou no percurso da residência.

Com tudo isso em vista, trago de volta o relato de Andressa, dizendo atender pessoas negras que tiveram suas vivências de racismo questionadas. Trago de volta a cena relatada nos primeiros escritos, da mulher negra que toma tanto Rivotril que tem dificuldade de formular uma frase, mas foi encaminhada para o CAPS com a alcunha de um “olhar psicótico”, de acordo com a psiquiatra que a atendeu. Patologizar e diagnosticar um sofrimento relatado a partir de situações de perseguição, ou tantas outras relatadas por pessoas negras, além de gerar uma revitimização, opera numa lógica medicalizante da vida e opera, também, numa lógica ao mesmo tempo manicomial e racista.

Durante minhas leituras sobre medicalização, pude perceber que se trata de um termo polissêmico, sendo muitas vezes entendido como o ato de dar um remédio para alguém. Esse “medicar” pode, sim, estar dentro de uma lógica de medicalização, mas ao mesmo tempo, a medicalização vai além disso. Neste trabalho, entendo a medicalização da vida como “o processo de transformar experiências consideradas indesejáveis ou perturbadoras em objetos da saúde, permitindo a transposição do que originalmente é da ordem do social, moral ou político para os domínios da ordem médica e práticas afins” (Freitas e Amarante, 2017, p. 14). Um exemplo é a experiência vivida de racismo que, sob uma escuta atravessada pela branquitude, se torna “paranóia”, um sintoma psicopatológico, conforme relatado por Andressa. É preciso colocar a branquitude das e dos profissionais de saúde em questão quando tentamos propor um cuidado equânime e antirracista. É preciso admitir que formações

brancas, que não discutem raça, irão gerar trabalhadoras que produzem um cuidado que não serve para pessoas negras, que muitas vezes é até violento. E se é violento, não é cuidado. Não pode ser considerado cuidado.

Considerações Finais: ainda muitas questões que ficam...

Sinto que não consegui explicitar ao longo do texto, da forma como eu gostaria, que em um país como o Brasil, o manicômio é negro e se a luta antimanicomial não for também antirracista, não é de fato antimanicomial. Achei muito simbólico quando, ao ouvir o podcast da 451 MHz sobre Stella do Patrocínio e a loucura no Brasil (2022), descobri que a Colônia Juliano Moreira (onde Stella foi internada) havia sido anteriormente um engenho de açúcar (e sabemos qual era a mão de obra nos engenhos no Brasil do século XVII). Stella foi uma mulher negra, pobre, internada por 30 anos. Sua história passou a ter visibilidade a partir da publicação do livro de poesia *Reino dos bichos e dos animais é o meu nome* (2001), que consiste em transcrições de seus “falatórios” (como ela chamava suas falas, gravadas durante oficinas de arte e posteriormente transcritas), compilados e organizados por Viviane Mosé. O episódio *Stella do Patrocínio e a loucura no Brasil*, do Podcast 451 MHz, é um importante resgate de sua vida e história, que não deixa de ser, também, a vida e história de tantas outras que foram trancafiadas em manicômios até morrerem, e depois, enterradas como indigentes.

Os manicômios, assim como o encarceramento em massa e a “guerra às drogas”, são atualizações do mesmo sistema de exclusão de pessoas negras desde a época da escravidão. Operam na mesma lógica. Rachel Gouveia Passos trabalha essa relação com maestria em seu texto *Holocausto ou Navio Negroiro?* (2018), e é certa ao apontar

A naturalização da violência institucional sobre os corpos negros compõe o modelo manicomial. O manicômio estruturase para além de uma edificação, pois mesmo com o fim do hospital psiquiátrico ainda experimentamos inúmeros formatos e formas de apartheid social, expressas pela via da medicalização e patologização da vida, pela internação compulsória, pela esterilização coercitiva, pela higienização urbana e demais fenômenos, ou seja, o manicômio é social, uma vez que ele está introjetado e reproduzido nas relações sociais (p.13, grifos próprios).

Barros *et al.* (2014), em um estudo que realizou um censo psicossocial em hospitais psiquiátricos de São Paulo, descobriram que a população negra que morava nesses espaços alcançava os 38,36%, mesmo a população negra no estado de São Paulo ser de 27,4%. O que eu estou querendo dizer não é que pessoas brancas não enlouqueçam ou não vão para manicômios, estou tentando questionar o que está por trás dessa população negra proporcionalmente maior dentro de hospitais psiquiátricos. Me lembro, aqui, da descrição feita por Lima Barreto, no livro *O cemitério dos vivos*, escrito durante seu período de internação no Hospital Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro:

Esse pátio é a coisa mais horrível que se pode imaginar. Devido à pigmentação negra de uma grande parte dos doentes aí recolhidos, a imagem que se fica dele, é que tudo é negro. O negro é a cor mais cortante, mais impressionante; e contemplando uma porção de corpos negros nus, faz ela que as outras se ofusquem no nosso pensamento.

Junto dessa reflexão, busco tensionar qual a cor das pessoas que determinam que alguém deve ir para um manicômio, qual a cor dos policiais cujas “balas perdidas” parece que sempre atingem o mesmo alvo, a cor do juiz que determina que um jovem negro com 5g de maconha é traficante, mas o branco não. Para que não reste dúvidas: são pessoas brancas. E mesmo que se possa questionar, apelar que “ah, também existem policiais militares negros”, sim, existem, mas a *lógica* por trás da formação desses policiais é, de toda forma, calcada na branquitude.

Em um país como o Brasil, é preciso resgatar a história e a memória de pessoas como Stella do Patrocínio e Juliano Moreira. Nas palavras de Clélia Prestes (2020, p.55), psicóloga negra, Juliano Moreira foi uma “figura negra importantíssima na fundação da psiquiatria moderna no Brasil e responsável por aglutinar uma escola de psiquiatria e uma revisão das práticas psiquiátricas, além de precursor e promotor da psicanálise no Brasil”. Já no século XIX, era um contestador do racismo científico, e colocava em questão os determinantes sociais nos processos de adoecimento psíquico (Prestes, 2020). Por que, então, na faculdade só ouvimos falar de Basaglia?

É preciso ler Rachel Gouveia Passos, assistente social e importante intelectual da luta antimanicomial e antirracista no Brasil, mencionada anteriormente. É preciso dar visibilidade para pesquisadores como Sônia Barros e Luis Eduardo Batista, profissionais negros da Enfermagem que contam com

uma vasta produção sobre saúde mental e racismo. Sônia Barros, além de ser a atual diretora do Departamento de saúde mental e enfrentamento ao uso abusivo de álcool e outras drogas, do Ministério da Saúde, pesquisa sobre os temas Políticas de saúde mental; exclusão social de pessoas com doenças mentais; processo ensino aprendizagem e enfermagem em saúde mental. Luis Eduardo Batista foi o criador e coordenador, por oito anos, da Área Técnica de saúde da população negra da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e também tem pesquisas sobre os impactos do racismo na saúde. O estudo mencionado anteriormente, *Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial* (Barros et al, 2014) é de autoria deles. São dois autores que gostaria de ter tido contato antes, quem sabe nas bibliografias das emendas de disciplinas de Enfermagem e saúde mental já na graduação. Enfim, nossa produção teórica é vasta. Não há mais desculpas para a branquitude que não seja o desejo de se manter em uma posição de poder.

Referências

451MHz: Stella do Patrocínio e a loucura no Brasil. Participantes: Carla Guagliardi, Marcio Rollo, Rachel Gouveia, Daniela Arbex e Natasha Felix. [S. L.]: Quatro Cinco Um, 13 mai. 2022. Podcast. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ftD6PPBQj-U> acesso em: 15/02/23

ALMEIDA, Arthur Gomes de. **Reflexões sobre a “guerra às drogas e valorização da vidas negras:** escrituras de um residente em saúde mental coletiva. 2022. Trabalho de Conclusão de Residência. Instituto de Psicologia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2022.

ASANTE, Molefi Kete. **Afrocentricidade: a teoria da mudança social.** Afrocentricidade Internacional, Rio de Janeiro, 2014.

BARROS, Sônia et al. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 1235-1247, 2014. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/nF4PdVbQJz3thK9sPThVkwP/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 10/03/2023

BENTO, Cida. Pacto Narcísico. In _____. **O pacto da branquitude**. São Paulo: Companhia das Letras, 2022. p. 11-25.

BRASIL. Ministério da Educação. Parecer no 3, de 10 de Março de 2004. Institui Diretrizes curriculares nacionais para a educação das relações étnico-raciais e para o ensino de história e cultura Afro-Brasileira e Africana. **Diário Oficial da União**. 15 Mar 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 254, de 31 de Janeiro de 2002. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. **Diário Oficial da União**. 31 Janeiro 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 992, de 13 de Maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Diário Oficial da União**. 14 Maio 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Temático Saúde da População Negra**. Brasília, 2016 (Painel de indicadores do SUS, v. 7, n. 10).

_____. Presidência da República. Lei no 9.394, de 20 de Dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**. 23 Dez 1996.

CARNEIRO, Sueli. Colorindo egos. **Portal Geledés**. 25 out 2008. Disponível em <https://www.geledes.org.br/colorindo-egos/> acesso em 12/03/2023

DAVID, Emiliano de Camargo. **Saúde mental e racismo: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2018. Disponível em <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/21029/2/Emiliano%20de%20Camargo%20David.pdf> Acesso em 15/03/2023

DIANGELO, R. Fragilidade branca. **Revista Eco-Pós**, [S. l.], v. 21, n. 3, p. 35–57, 2018. DOI: 10.29146/eco-pos.v21i3.22528. Disponível em: https://revistaecopos.eco.ufrj.br/eco_pos/article/view/22528 . Acesso em: 3 mar. 2023.

FERREIRA, Aparecida de Jesus. Teoria racial crítica e letramento racial crítico: narrativas e contranarrativas de identidade racial de professores de línguas. **Revista da ABPN**, v. 6, n. 14, p. 236-263, out., 2014. Disponível em: <https://smeduquedecaxias.rj.gov.br/smeportal/wp-content/uploads/2020/07/TEORIA-RACIAL-CR%C3%8DTICA-E-LETRAMENTO-RACIAL-CR%C3%8DTICO.pdf> Acesso em: 23/01/2023

FERREIRA, Suiane Costa. Apresentação. In: _____. (org.). **Debate contracolonial na formação em saúde - resgatando a ciência de Kemet**. Salvador: EDUNEB, 2022, p. 11-35.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. **Medicalização em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

hooks, bell. Superando a supremacia branca: um comentário. In: _____. **Erguer a voz: pensar como feminsita, pensar como negra**. São Paulo: Elefante, 2019, p. 230 - 244.

_____. Valores: viver segundo uma ética amorosa. In: _____. **Tudo sobre o amor: novas perspectivas**. São Paulo: Elefante, 2021, p. 123 - 137.

JESUS, Maria Carolina de. **Quarto de despejo - diário de uma favelada**. São Paulo: Ática, 2014. 10a ed.

MACHADO, Rosani Ramos et al. (org). **Plano Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem**. Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis, 2018

MONTEIRO, Rosana Batista; SANTOS, Márcia Pereira Alves dos; ARAUJO, Edna Maria de. Saúde, currículo, formação: experiências sobre raça, etnia e gênero. **Interface**, Botucatu, v. 25, e200697, p. 1-17, 2021. Disponível em: Capítulo 16 - Racismo, branquitude e saúde: reflexões a partir do processo formativo de uma enfermeira especialista em saúde mental coletiva

<https://www.scielo.br/j/icse/a/GNj7tCBSTVNrKJFhJwDrz6P/?lang=pt#>
Acesso em: 23/01/2023 DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200697>

MONTEIRO, Rosana Batista; SANTOS, Márcia Pereira Alves dos; ARAUJO, Edna Maria de. Coordenadores. GT 28 – Saúde, currículo, formação: experiências, vivências, aprendizados e resistência sobre raça, etnia, gênero e seus (des)afetos [Internet]. In: **Anais do 8o Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde**; 2019; João Pessoa. Campinas: Galoá; 2019 Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/10/Relatorio-GT-28.pdf>

PASSOS, Rachel Gouveia. Holocausto ou Navio Negreiro?: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. **Argumentum**, v. 10, n. 3, p. 10-23, 2018. Disponível em <https://pdfs.semanticscholar.org/d803/c69cbaad8a5987b4b34242f03163c1af35dc.pdf> Acesso em 14/03/2022. DOI: <https://10.18315/argumentum.v10i3.21483>

PREFEITURA DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Novembro Negro**. Porto Alegre, 2022. Disponível em http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/boletimepidemio_novembronegro_2022.pdf Acesso em 12/03/2023

PRESTES, Clélia. Não sou eu do campo psi? Vozes de Juliano Moreira e outras figuras negras. **Revista da ABPN**, v. 12, p. 52-77, 2020. Disponível em <http://www.ammapsique.org.br/baixar/nao-sou-eu-do-campo-psi.pdf> Acesso em 14/03/2022. DOI 10.31418/2177-2770.2020. v 12.c3.p 52-77

RACISMO na saúde: nas maternidades do Brasil, a dor também tem cor. **CartaCapital**. 3 março 2020. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/racismo-na-saude-nas-maternidades-do-brasil-a-dor-tambem-tem-cor/> Acesso em 11/03/2023

SAÚDE mental no trabalho: a construção do trabalho seguro depende de todos nós. **TST - Tribunal Superior do Trabalho**, 2021. Disponível em <https://www.tst.jus.br/-/sa%C3%BAde-mental-no-trabalho-a->

Capítulo 16 - Racismo, branquitude e saúde: reflexões a partir do processo formativo de uma enfermeira especialista em saúde mental coletiva

constru%C3%A7%C3%A3o-do-trabalho-seguro%C2%A0depende-de-todos-n%C3%B3s Acesso em 20/02/2023

SCHUCMAN, Lia Vainer. Capítulo I - Notas sobre a pesquisa. In _____
Entre o encardido, o branco e o branquíssimo: branquitude, hierarquia e poder na cidade de São Paulo. São Paulo: Veneta, 2014. p. 33-47.

SOUZA, Dyana Helena; ROCHA, Dais Gonçalves. Saúde da população negra: ações afirmativas e branquitude docente nos cursos de graduação da saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, e00746193, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/45Zrk3ymBnNGxvTWh4pRxGF/#> Acesso em: 04/02/2023. DOI <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs746>

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e sociedade**, v. 25, p. 535-549, 2016. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/abstract/?lang=pt> Acesso em 25/11/2022 DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>

Capítulo 17

Financiamento público das comunidades terapêuticas do Distrito Federal (2019-2022): chancelamento estatal à violência manicomial

Lúcio Carvalho de Freitas Junior
Pedro Henrique Antunes da Costa

Introdução

Não é possível compreender os retrocessos no campo da saúde mental, álcool e outras drogas a Contrarreforma Psiquiátrica - e o que manifestam e materializam de remanicomialização, privatização e mercantilização do suposto cuidado e da ascensão conservadora e fundamentalista, sem analisar e apreender a centralidade das Comunidades Terapêuticas (CTs) e o que elas expressam e significam em nosso país (Costa, 2020; 2022; Costa e Mendes, 2020). Dessa forma, abordar a violência contida e reproduzida na/pela Contrarreforma Psiquiátrica requer que nos debruçemos sobre a violência das CTs “como sofisticções e reatualizações de: igrejas, prisões, manicômios e senzalas; uma expressão de nosso moderno-arcaico” (Mendes e Costa, 2022). E isso passa, fundamentalmente, pela dissecação de como tais *instituições da violência* - parafraseando a caracterização de Basaglia (1985) para os manicômios na sua forma “tradicional” - têm se sustentado financeiramente, o que, por sua vez, requer análises sobre como tal sustentação tem sido provida pelo próprio Estado, por meio da transferência de recursos do fundo público às CTs.

No presente capítulo, analisamos o repasse de verbas públicas às CTs no Distrito Federal (DF) durante o período 2019-2022 que compreendeu, na esfera federal, o governo de Jair Bolsonaro, e na distrital, a primeira gestão de Ibaneis Rocha. Buscamos compreender não só como o Estado vem financiando tais instituições, mas o que tal financiamento significa, representa e, mais, o que ele reproduz e materializa em nossa realidade, tomando o caso concreto do DF como exemplo singular, mas que diz de uma expressão - singular - da totalidade social, ao passo que dialeticamente a conforma.

Para isso, analisamos os repasses oriundos das duas principais “fontes” do fundo público orientadas, dentre outras atribuições, a financiar as CTs em tal período: o Fundo Antidrogas do Distrito Federal (FUNPAD), que se atrela ao Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD), ligado ao Ministério da Justiça de Segurança Pública (MJSP); e a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), do Ministério da Cidadania (MC).

O FUNPAD é a principal fonte de verbas públicas para a execução das políticas sobre drogas no DF (DF, 2009). Atrelado ao FUNAD, se volta ao financiamento das políticas sobre drogas, a partir dos “bens apreendidos e adquiridos com produtos de tráfico ilícito de drogas ou atividades correlatas” (Brasil, 1986, s/p.), sendo a sua ramificação no DF. Sua dotação orçamentária advém de recursos do FUNAD; outras rubricas do orçamento do DF; convênios, consórcios, contratos e/ou outros ajustes celebrados com órgãos ou entidades de direito público ou privado, nacionais ou estrangeiras. Ele é gerenciado pelo Conselho de Políticas sobre Drogas (CONEN), que é o principal mecanismo do Sistema Distrital de Políticas Sobre Drogas do DF, vinculado à Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania (SEJUS) (DF, 2009).

A SENAPRED foi criada no governo Bolsonaro, dentro do MC. Com a sua criação, assume parte das atribuições da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), em especial os referentes às ações de cuidado - ou atreladas a elas -, também como forma de mantê-las fora do Ministério da Saúde (MS), antiga Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, que foi extinta na metade do governo Bolsonaro. Dessa forma, a SENAPRED acabou sendo o órgão responsável pela formulação e implementação das políticas públicas voltadas à chamada redução da demanda de drogas (prevenção e cuidado), de modo a facilitar o financiamento das CTs.

A nosso ver, a *análise concreta da situação concreta* do financiamento público das CTs do DF, para além de possibilitar a dissecação das especificidades locais/regionais, permite, numa análise totalizante e com as devidas mediações, uma mirada para o cenário nacional. Isso se deve não só pela condição de capital do país, e, portanto, centro da política institucional, mas pelo fato de o DF ter sido simultaneamente vanguarda no campo da saúde mental, álcool e outras drogas, como, por exemplo, na sanção de uma Lei de Reforma Psiquiátrica, a Lei 975, de 1995, anterior a Nacional (DF, 1995), e possuir uma das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS) mais deficitárias das unidades federativas do país (Desinstitute, 2021). Dentre outras

contradições e limitações, isto expressa o que Azevedo (2017) traz no título de sua dissertação “Leis que não pegam: o caso da Lei 10.216-01 em Brasília”.

Além disso, apenas em 2023, tivemos as seguintes denúncias com ampla divulgação no contexto do DF e entorno: (a) inserção de uma CT na “lista suja do trabalho escravo”, devido à falta de assistência, alimentação e higiene básicas, maus-tratos, trabalho compulsório e em situações degradantes em uma fábrica de sacos de lixo ligada a ela (Teixeira, 2023); (b) rotina de humilhação e tortura em outra CT, com pessoas amarradas, dormindo no chão e com marcas de agressão (Valois, 2023); e (c) denúncia de irregularidades em CT feminina, com utilização de verba pública e da mão de obra (não paga) de internos para a construção da casa do presidente da Organização não-Governamental (ONG) que gerenciava tal CT, bem como falta de acompanhamento e assistência e trabalhadores em exercício ilegal de profissão (Fernanda *et al.*, 2023). Cabe ressaltar que o descumprimento de leis e normativas no geral, condições precárias, trabalho análogo à escravidão (travestido de *laborterapia*), dentre outras formas de violência, não são exclusividade das CTs do DF, mas o *normal* das CTs no país, como fartamente constatado e denunciado (Conselho Federal De Psicologia, 2011; (CFP); Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura [MNPCT]; Ministério Público Federal [Mpf], 2018; Conselho Regional De Psicologia De São Paulo [CRP-SP], 2016; Secretaria Do Estado De Saúde De Minas Gerais [SES-MG]; 2016).

Assim, a análise do repasse de verbas públicas às CTs, tomando o exemplo concreto do DF, permite o avanço no entendimento do que as CTs têm significado e materializado. Nisso, compreendemos também o que Estado tem chancelado, ao financiá-las.

Método

O presente estudo agregou fontes documentais e análise de dados públicos em diálogo com a literatura acadêmica sobre o gasto do fundo público com CTs no DF - e no país. Com relação às CTs financiadas pela SENAPRED (MC), foi feita a busca na sessão de dados abertos das Despesas Públicas do Portal da Transparência (Brasil, 2023), em parte referente ao “recebimento por favorecido”. Quanto aos gastos oriundos do FUNPAD (em extensão, do FUNAD e Ministério de Justiça e Segurança Pública), foram feitas buscas no Portal da Transparência do Distrito Federal (DF, 2023a) e no site da SEJUS, nas

partes referentes às CTs no CONEN (DF, 2023b). Também coletamos e analisamos relatórios produzidos por secretarias gestoras do GDF.

Aprofundando a compreensão dessa chancela estatal, ao financiar as CTs, coletamos os Planos de Trabalho (PTs) das CTs que receberam financiamento do FUNPAD no período (n=13). Estes foram fornecidos pelas próprias ao CONEN como requisito para o cadastro e o financiamento e disponibilizados no site da SEJUS. Uma destas 13 CTs estava com o PT inativo no momento da coleta, mas foi considerada para análise, por ter recebido verba no recorte temporal da pesquisa.

Complementarmente, recolhemos documentos resultantes de avaliações e fiscalizações que se debruçaram sobre as CTs no DF de entidades estatais, como a Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan), o MNPCT, o MPF e o CFP. Por fim, também nos municiamos de reportagens sobre denúncias de violências e violação de direitos, maus-tratos, corrupção e demais infrações em CTs no DF.

Os dados orçamentários oriundos das consultas no Portal da Transparência foram organizados e tabulados, de acordo com a fonte dos recursos, se oriundos da SENAPRED ou do FUNPAD, considerando o recorte temporal 2019-2022. Sobre os dados do SENAPRED, consideramos para análise os valores recebidos. Quanto aos dados do FUNPAD, trabalhamos com os valores liquidados. Para as análises, foram extraídas medidas de tendência central (média e mediana), frequências e porcentagens (%). Todo este processo foi feito usando ferramentas das planilhas da *Google*.

Já os PTs das CTs, documentos de fiscalização, avaliações, reportagens etc., também foram organizados de acordo com as instituições, lidos na íntegra e analisados, com extração de eixos analíticos a partir dos sentidos contidos no material.

Resultados e discussão

Dividimos a presente seção em duas partes. Na primeira, discorreremos sobre quais são as CTs financiadas com verbas públicas da SENAPRED e do FUNPAD, e os valores, durante os governos de Jair Bolsonaro e Ibaneis Rocha, nas esferas federal e distrital, respectivamente. Posteriormente, nos debruçamos analiticamente sobre os PTs das CTs financiadas pelo FUNPAD, de modo a apreender o que elas expressam e materializam, em suma, o que elas

são concretamente e o que os governos federal e distrital financiaram no período 2019-2022.

Quantas e quais CTs foram financiadas pelos governos federal e distrital entre 2019 e 2022? E quanto receberam?

Na Tabela 1, sintetizamos os achados oriundos das buscas no Portal de Transparência, tanto geral, quanto ao específico do DF (no caso deste, para o acesso aos valores oriundos do FUNPAD). Ao todo, 18 CTs receberam verba pública do MC, via SENAPRED, e/ou do MJSP, a partir do FUNPAD que, conforme supracitado, é a ramificação do FUNAD no DF, sendo gerido pelo CONEN e pela SEJUS do GDF. Destas, 13 receberam verba da SENAPRED (MC), 13 do FUNPAD (MJSP), sendo que oito receberam de ambos. Cabe salientar que uma CT, a Centro de Reintegração Deus Proverá, não está listada na Tabela 1, por não ter sido encontrado valor recebido. Contudo, foi encontrada como beneficente exclusivamente, no período analisado, de convênio firmado com a SENAPRED, no valor último liberado de R\$ 150.000,00.

Tabela 1: Valores repassados via SENAPRED e FUNPAD às CTs do DF
(2019-2022)

Comunidades Terapêuticas	Valores (R\$)		
	SENAPRED (MC)*	FUNPAD - SEJUS (MJSP)**	Total
Associação Beneficente Caverna de Adulão	3.235.165,17	2.400.000,00	5.635.165,17
Casa de Recuperação das Mulheres de Deus	119.137,64	-	119.137,64
Casa do Sol Azul – Associação Aux. Mat., Inf. e Adol.	-	720.000,00	720.000,00
Comunidade Terapêutica Elshadai (CTE)	287.556,80	-	287.556,80
Comunidade Terapêutica Novo Tempo – Instituto de Reab. Unid. das Pol. Pub. e Estat.	-	324.000,00	324.000,00
Desafio Jovem de Brasília	1.224.452,82	1.200.000,00	2.424.452,82
Desperta! Comunidade Terapêutica	-	1.317.492,53	1.317.492,53
Grupo Cultural Azulim	-	420.000,00	420.000,00
Instituto Abba Pai	1.324.293,28	1.200.000,00	2.524.293,28
Instituto Crescer	1.229.728,33	1.228.493,00	2.458.221,33
Instituto de Reabilitação da Unidade das Políticas Públicas e Estatísticas (IRUPPE)	793.980,62	-	793.980,62
Instituto MANAIM	-	423.000,00	423.000,00
Obra Social N. S. da Glória – Fazenda da Esperança	469.570,27	26.000,00	495.570,27
ONG Salve a Si	937.440,15	2.400.000,00	3.337.440,15
Projeto Criação de Deus	1.376.272,42	1.344.000,00	2.720.272,42
Renovando a Vida (RAV)	967.240,52	945.620,00	1.912.860,52
Sociedade de Empenho na Recuperação de Vidas – Fazenda do Senhor Jesus	942.816,72	-	942.816,72
Transforme – Ações Sociais e Humanitárias	1.355.399,00	-	1.355.399,00
Total	14.263.053,74	13.948.605,53	28.211.659,27

* Valores recebidos

** Valores liquidados

Fonte: Elaboração própria

Por mais que seja difícil estimar o quantitativo de CTs no DF com exatidão - não sendo também nosso intuito -, é possível afirmar que o número encontrado não representa a totalidade de CTs do DF. Já mencionamos o caso da CT Centro de Reintegração Deus Proverá que, não consta na listagem - por não termos encontrado valor recebido -, mas existe e chegou a firmar um convênio com a SENAPRED no valor de R\$150.000,00. Além disso, segundo o site da SEJUS no momento da coleta, apesar de existirem 12 CTs “parceiras”, possuindo contratos com a SEJUS, 20 CTs estão registradas no CONEN (DF, 2023b). O relatório do CODEPLAN (2022), sobre a população em situação de rua do DF, constatou 20 CTs no DF - todas elas prestando “assistência” a tal população. Outro estudo da Codeplan (2013) havia identificado 17 entidades que foram classificadas como CTs. Posteriormente, Bezerra (2018) encontrou 22 CTs cadastradas. Por fim, o número mais discrepante (e alarmante) de CTs no DF está no levantamento do IPEA (2017), que identificou 41 instituições. Ou seja, a partir deste breve panorama histórico evidenciamos a dificuldade de se identificar a totalidade das CTs no DF, ao mesmo tempo em que tal dificuldade também diz das omissões e lacunas normativas e fiscalizatórias a tais instituições. Por outro lado, tudo isso também revela a presença de um mapeamento específico das CTs no DF.

Considerando tal cenário, é pertinente nos debruçarmos mais detidamente sobre os valores do FUNPAD às CTs no DF. Quanto às verbas oriundas do SENAPRED (MC), a média de repasses às 13 CTs foi de R\$1.097.157,98 (mediana de R\$967.240,52). Já as do FUNPAD (que remete ao FUNAD e ao MJSP), a média foi de R\$1.072.969,66 para 13 CTs também (mediana de R\$945.620,00). Ou seja, os valores são muito similares, apesar de virem de fundos e setores distintos. Dividindo tais valores médios pelos quatro anos de governo aqui abarcados (2019-2022), temos uma média de R\$274.289,50 e R\$268.242,41 para CT por ano.

Somando os valores provenientes dos dois fundos/fontes de repasse, temos uma média de R\$1.567.314,40 por CT (mediana de R\$1.130.154,63). Contudo, se calcularmos a média dos valores apenas das CTs que receberam verba de ambas as fontes (n=8), chegamos a R\$2.688.534,50 por CT (mediana de R\$2.491.257,31).

Gostaríamos de negritar as CTs Associação Beneficente Caverna de Adulão, ONG Salve a Si, Projeto Criação de Deus, Instituto Abba Pai, Instituto Crescer e Desafio Jovem de Brasília que receberam, respectivamente: R\$5.635.165,17; R\$3.337.440,15; R\$2.720.272,42; R\$2.524.293,28;

R\$2.458.221,33; R\$2.424.452,82. Somadas, receberam 67,7% de todo o repasse às CTs pelas duas fontes estatais (R\$19.099.845,17). Com isso, não queremos defender que tal verba seja “mais bem distribuída” entre as CTs, afinal, ela deveria ser repassada aos serviços públicos substitutivos (não asilares-manicomiais), de preferência os de caráter territorial-comunitário. No entanto, fica evidente a “tendência de concentração do financiamento em poucas CTs, formando oligopólios na área” (Costa, 2023, p. 356).

Vale salientar que não se trata de uma realidade exclusiva do DF. Por exemplo, no município do Rio de Janeiro, o último edital de contratação de vagas em CTs, de 2019, tinha o valor total de R\$2,7 milhões. Nove CTs foram contempladas para 225 vagas, sendo repassados R\$950 mil em 2020, com prorrogação dos convênios para o ano seguinte. E em 2021 outro edital de financiamento de vagas em CTs foi publicado, só que pela Secretaria Municipal de Assistência Social, dispondo de um montante de R\$6.861.368,01 (GOMES; PASSOS; ARAUJO; SOUZA, 2023). No Espírito Santo, Leal et al. (2023) constataram que, de 2013 a 2020, 26 CTs receberam recursos públicos. Em 2014, o valor repassado chegou a R\$8.343.561,23 às CTs, na época 65,24 % de todo o montante destinado à gestão da política sobre drogas do estado. Apesar de haver uma redução entre 2015 e 2018, os valores ainda são expressivos. Segundo Conectas e CEBRAP (2022), o governo federal repassou para CTs R\$105.216.538 em 2021, representando um aumento de 237% em comparação a 2017 (CONNECTAS; CEBRAP, 2022). Soma-se a isso, enquanto financiamento público indireto, a imunidade tributária a qual as CTs passaram a ter direito, a partir da sanção da Lei Complementar nº 187 (Brasil, 2021), devendo receber a Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social na área da Educação (sendo que estão na RAPS do SUS).

Eis a renovada e sofisticada nova(-velha) indústria ou comércio da loucura na quadra presente, agora na forma da indústria ou comércio dos “drogados” - também lidos como pecadores, desviados etc., dado o caráter hegemônico conservador e moralista. Trata-se de uma das ramificações ou braços do ciclo ou fluxo das drogas que, em nosso país, deve ser analisado - vide o seu caráter mercantil, privatista - atrelado às esferas de produção, circulação/comercialização das drogas, bem como a todo o mercado belicista, de segurança pública, repressivo, encarcerador e genocida. Dialogando com Mendes e Costa (2021), que, fundamentados na Teoria Marxista da Dependência, analisaram “o ciclo de reprodução do capital concernente ao fluxo das drogas” no capitalismo dependente brasileiro, que “diz da produção,

Capítulo 17 - Financiamento público das comunidades terapêuticas do distrito federal (2019-2022): chancelamento estatal à violência manicomial coletiva

circulação e realização de tais mercadorias, mas produzindo também todo um mercado de repressão, por meio da chamada ‘guerra às drogas’” (p. 575), acrescentamos: tal ciclo (ou fluxo das drogas) só pode ser entendido na sua totalidade se se considera seu braço de acumulação no âmbito supostamente assistencial, ou seja, a indústria ou comércio daqueles que consomem drogas, tendo as CTs como principal dispositivo.

A título de comparação, no DF, existem apenas 18 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo que cinco não estão habilitados pelo MS. Destes, somente nove são Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas (CAPSad), e um deles está esperando habilitação do MS só que como CAPS infantojuvenil (CAPSi) (DF, 2022a). Ou seja, concretamente, temos oito CAPSad no DF. Paradoxalmente, mais do dobro de CTs (18) são financiadas com verba pública. Para piorar a situação, só três CAPSad são do tipo III, com funcionamento 24h por dia, nos fins de semana e feriados, e com leitos para acolhimento noturno.

Em 2010, o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT) requereu a implantação de mais 19 CAPS no DF, baseado no número insuficiente de tais serviços e na população do DF da época. Desde então, apenas cinco CAPS foram implantados.

Constatamos, portanto, um paradoxo, em que a insuficiência de CAPSad se choca com a pujança de CTs - e de CTs financiadas pelo Estado. Tudo isso reverbera em outro paradoxo, que é a superresponsabilização dos CAPSad, mas calcada nos marcos de sua deslegitimação e que, por sua vez, tende a resultar em ainda mais culpabilização de tais serviços. Para exemplificar, nos cinco CAPSad tipo II, cuja cobertura deveria ser de 70.000 a 150.000 habitantes, a média de população coberta acaba sendo de 338.185 pessoas (369.655; 367.468; 337.796; e 277.823 para cada CAPSad II). Já nos três CAPSad do tipo III, que deveriam abarcar regiões de saúde com população de 150.000 a 300.000 habitantes, a média da cobertura é de 570.684 habitantes (857.986; 449.714; e 404.353) (DF, 2022b).

E tal realidade é generalizada quanto aos CAPS do DF, não sendo exclusividade dos CAPSad. Segundo os parâmetros do MS, a cobertura dos CAPS habilitados no DF é de 0,46 por 100 mil habitantes, sendo considerada “regular/baixa”. Considerando todos os 18 CAPS, mesmo aqueles não habilitados, a taxa aumentaria para 0,62, passando a ser “regular/boa”. Segundo o Painel da Saúde Mental, com dados de 2020, se considerarmos a taxa de 0,46,

o DF teria, junto do Pará, a sétima pior taxa entre as unidades federativas do país, muito abaixo da média nacional, de 0,70 (DESINSTITUTE, 2021).

As Unidades de Acolhimento (UAs) também compõem o mesmo nível assistencial da RAPS que as CTs, o de atenção residencial de caráter transitório. Contudo, no DF, existe apenas uma UA para adultos, ofertando assistência para no máximo 15 pessoas também em assistência por CAPSad (DF, 2022a). Outros dispositivos da RAPS que acabam sendo perpassados por demandas assistenciais similares às das CTs, ou transversais, são os leitos e as enfermarias em hospitais gerais, por mais sejam de outro nível assistencial - o hospitalar. No DF, existem, ao todo, 45 leitos clínicos em saúde mental e 122 leitos psiquiátricos, sendo que, destes, 83 são em um manicômio público e ilegal, o Hospital São Vicente de Paula (HSVP), cuja existência vai na contramão da Lei Distrital nº 975, de 1995, que apregoa que os leitos psiquiátricos em hospitais e clínicas especializados deveriam ser extintos num prazo de quatro anos, ou seja, a partir de 1999, bem como são proibidas “a concessão de autorização para a construção ou funcionamento de novos hospitais e clínicas psiquiátricas especializados e a ampliação da contratação de leitos hospitalares nos já existentes, por parte da Secretaria de Saúde do Distrito Federal” (DF, 1995, s/p.). Indagamos, pois, sobre o aumento no número de UAs e no de leitos e enfermarias em hospitais gerais para internações de curta ou curtíssima duração (para situações de crise, de desintoxicação etc.), assim como o aprimoramento dos leitos já existentes, caso a verba das CTs fosse direcionada para tais dispositivos. Inclusive, tal verba e as melhorias oriundas dela poderiam contribuir para o fortalecimento dos serviços mencionados e seus respectivos níveis assistenciais, dirimindo a centralidade do HSVP na RAPS do DF e contribuindo para o seu fechamento.

Por fim, frisamos que todo o repasse ocorre “por fora” do SUS e de suas instâncias de controle e participação social. Trata-se, portanto, de uma engenhosa arquitetura que, apesar de financiar dispositivos supostamente assistenciais e que estão formalmente presentes no SUS - pois compõem a RAPS - vem “por fora”, mas adentrando nele, inculindo uma série de retrocessos e contribuindo para o seu enfraquecimento, ao atacar seus princípios e deslegitimar seus serviços (públicos) e propostas. Dessa forma, em conformidade a Costa (2023), uma mediação tática de luta, inclusive para os Movimentos Antimanicomial e Antiproibicionista - que devem estar juntos - é que não somente o orçamento público seja destinado à "assistência", ao "cuidado" (entre aspas, porque CT, apesar do discurso, é instituição de violência, não de cuidado), mas que seja gerido na e pela saúde (Ministério e

Capítulo 17 - Financiamento público das comunidades terapêuticas do distrito federal (2019-2022): chancelamento estatal à violência manicomial coletiva

Secretarias) e as respectivas instâncias de controle e participação sociais do SUS - retirando tais atribuições de outras pastas, como o MJSP e o Ministério do Desenvolvimento Social - que, no governo Lula (2023), acabou “substituindo” o MC na tarefa de repassar verba pública para as CTs. Longe de resolver todos os problemas, essa é uma mediação táctica importante e deve configurar um dos cerne da luta no campo da saúde mental, álcool e outras drogas, para a retomada e o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica no país.

Quem e como são as CTs financiadas pelos governos federal e distrital, entre 2019 e 2022?

Conforme mencionado, quanto à análise e apreensão sobre que o Estado chancela, ao financiar as CTs no DF, nos atemos a 13 PTs de CTs financiadas pelo FUNPAD (2019-2022), sendo que uma CT teve seu financiamento cancelado em tal período. Todos os PTs tinham 60 meses (cinco anos) como período de vigência.

Embora todas as CTs tenham declarado o mesmo período de parceria, os tempos de internação propostos nos PTs eram diferentes: nove das CTs (69,23%) declararam período previsto de internação de 60 meses; uma declarou período previsto de tratamento de nove meses; uma declarou duração de nove a 12 meses; uma declarou duração de 12 meses; e, por fim, outra não especificou o período previsto de tratamento.

A nova(velha) Lei de Drogas (ou melhor, Lei *Antidrogas*), Lei 13.840, de 5 de junho de 2019, dispõe na seção sobre o tratamento do usuário ou dependente de drogas, que “[é] vedada a realização de qualquer modalidade de internação nas comunidades terapêuticas acolhedoras” (Brasil, 2019, seção IV, § 9º), caracterizando a assistência prestada pelas CTs como “acolhimento”. Além disso, a Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que instituiu a RAPS, inserindo as CTs no nível residencial de caráter transitório, estipula que os serviços deste nível, devem “oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por *até nove meses* para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (Brasil, 2011a, s/p., grifos nossos). Ou seja, as próprias CTs declaram, em seus documentos, que: (a) a denominação da assistência prestada por elas de “acolhimento” é meramente retórica, pois, concretamente, continua a ser internação - e de caráter asilar; e (b) que descumprem uma normativa federal, a Portaria

3.088/2011, tratando-se, pois de uma irregularidade premiada pelo GDF com financiamento público.

O total de vagas declaradas nos 12 PTs é de 749. Tomando como parâmetro o estudo do IPEA (2017) e considerando o número de vagas ofertadas pelas CTs, elas foram divididas nos seguintes portes: quatro CTs de pequeno porte (de 0 a 30 vagas), totalizando 97 vagas (12,95%); sete CTs de médio porte (de 31 a 70 vagas), com 286 vagas; e duas de grande porte (de 70 a 300 vagas), somando 366 vagas (48,87%). Segundo o estudo de Costa (2023), de 2012 a 2020, foram financiadas, em média, 251 vagas em nove CTs por ano. Neste mesmo período, houve um crescimento de 364% no número de vagas financiadas nas CTs pelo FUNPAD.

A Tabela 2 sintetiza a composição das equipes das CTs financiadas, a partir da análise dos PTs. Várias lacunas foram identificadas quanto às equipes das CTs, destacando-se: inconsistências na tipificação das categorias profissionais e definição das atribuições profissionais; ausência dos vínculos trabalhistas (se pautados na Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, voluntários, Microempreendedor Individual - MEI -, dentre outros). Para dirimir ambiguidades, foram consideradas apenas as informações nos PTs sobre: cargo, graduação, experiência e outros cursos. Para os cargos, nos baseamos, novamente, na classificação do IPEA (2017): (a) grupo I, com trabalhadores profissionais de nível superior declarado; (b) grupo II, com trabalhadores voltados ao cuidado e à organização da CT, sem necessidade de formação especializada (ensino superior); e (c) grupo III, com trabalhadores de atividades complementares. Vale ressaltar que vários trabalhadores que constam nos PTs como Terapeutas ou Monitores, dispõem de formação superior ou até mesmo pós-graduação. Entretanto, foram reafirmados no grupo II, na medida em que atuavam em atividades que não necessitavam desta formação.

Tabela 2: Equipes das 13 CTs do DF financiadas pelo FUNPAD (2019-2022)

		CTs de Pequeno Porte		CTs de Médio Porte		CTs de Grande Porte		Total
		%	n° de funcionários	%	n° de funcionários	%	n° de funcionários	
Grupo I	Médicos	20	1	60	3	20	1	5
	Enfermeiros	0	0	100	2	0	0	2
	Psicólogos	37,5	6	37,5	6	25	4	16
	Assistentes Sociais	50	1	50	1	0	0	2
	Dentista	100	1	0	0	0	0	1
	Terapeuta Ocupacional	-	-	-	-	-	-	0
	Fisioterapeutas	-	-	-	-	-	-	0
	Professores	100	2	-	-	-	-	2
	Pedagogos e Educadores Sociais	-	-	50	1	50	1	2
Total	36,7	11	43,3	13	20	6	30	
Grupo II	Coordenadores	14,3	4	60,7	17	25	7	28
	Presidências	25	2	62,5	5	12	1	8
	Pessoal Administrativo	25	4	50	8	25	4	16
	Monitores	25	9	50	18	25	9	36
	Conselheiros/Terapeutas	44	11	56	14	0	0	25
	Voluntários							
Total	26,5	30	54,9	62	18,6	21	113	
Grupo III	Equipe de Cozinha	50	1	0	0	50	1	2
	Motorista	0,00	0	0	0	100	1	1
	Serviços Gerais	25	1	0	0	75	3	4
	Total	28,6	2	0	0	71,4	5	7

Fonte: Elaboração própria

Capítulo 17 - Financiamento público das comunidades terapêuticas do distrito federal (2019-2022): cancelamento estatal à violência manicomial coletiva

É evidente a predominância de profissionais sem formação especializada para a assistência a pessoas com necessidades atreladas ao consumo de álcool e outras drogas - ou que, mesmo a possuindo, atuam em funções que não a requerem. Do total de 150 profissionais, 80% estão em tal situação (grupos I e III). Apenas 20% têm ensino superior, com formações na área da saúde, social e/ou educação. Tal cenário é bastante representativo das CTs, em grande parte composta por ex-internos, pessoas vinculadas às instituições religiosas às quais as CTs se vinculam, muitos em condições de trabalho precárias, quando não de voluntariado. A isso, soma-se a *laborterapia*, que é o trabalho não-pago de internos que, apesar de não considerados como parte da equipe de profissionais das CTs, o são - o que, somado às condições precárias, quando não degradantes, concretamente significam situação de servidão, de trabalho análogo à escravidão, por mais que não sejam tipificados formal e juridicamente enquanto tal.

Por exemplo, um dos últimos três casos que foram denunciados publicamente na mídia do DF foi de uma CT feminina gerida pela ONG Salve a Si, a segunda instituição que mais recebeu financiamento público, apenas atrás da Associação Beneficente Caverna do Caverna. Como mencionado, dentre as irregularidades, havia utilização de mão de obra (não paga) de internos para a construção da casa do presidente da referida ONG. Por mais que as irregularidades tenham sido encontradas na CT feminina da Salve a Si, chamada Casa Maria de Magdala, com as verbas aqui encontradas à ONG sendo orientadas à unidade masculina, ambas são geridas pela Salve a Si. Além disso, a CT feminina também recebia R\$113 mil da SEJUS, por meio do Termo de Fomento nº 2/2022 (DF, 2022c). Para piorar tal termo foi firmado com o intuito de “capacitação na área de soldagem com montagem de estrutura metálica para mulheres em vulnerabilidade social agravante por razão do uso, abuso e/ou dependência de álcool, crack e outras drogas” (DF, 2022c, s/p.). Questionamos qual o propósito terapêutico de ações de “soldagem com montagem de estrutura metálica” para mulheres com necessidades assistenciais atreladas ao consumo de drogas? Além disso, se uma das irregularidades encontradas foi, justamente, a construção da casa onde residia o presidente da ONG Salve a Si, não estaria isso em consonância com o objetivo de tal financiamento (público), mesmo que contraditoriamente irregular?

Além disso, a CT masculina da ONG Salve a Si foi alvo de vistoria do CFP, MNPCT e MPF (2018), sendo constatadas as seguintes irregularidades e/ou problemas: (a) compulsoriedade das práticas confessionais e religiosas; (b)

ausência de PTS, prevendo a mesma forma de tratamento a todos os internos; (c) ausência de equipe técnica presente e/ou qualificada, pautando-se não só em vínculos precários, como no voluntariado, com salários definidos como “ajuda de custo”, e, também, com relatos de internos exercendo “trabalho voluntário”, travestido de *laborterapia*.

A Associação Beneficente Caverna do Adulão também foi vistoriada na mesma investigação. Foram encontrados os seguintes problemas: (a) obstáculos estruturais e da própria dinâmica da CT para a realização dos PTS; e (b) limitação do direito de ir e vir, com práticas vexatórias, como revistas pessoais (CFP; MNPCT; MPF, 2018).

Relembramos, também, o caso do Centro de Recuperação Leão de Judá que no ano de 2014 foi a CT que mais recebeu verbas do FUNPAD (Costa, 2023). Em inspeção também do MNPCT realizada em junho de 2015, foram constatadas inúmeras irregularidades e violências. Dentre elas, diferentes formas de trabalhos não pago dos internos, também travestidas de *laborterapia*, desde serem incumbidos de realizarem as refeições de outros internos e desmontarem caixas de madeira, até a realizarem a construção dos telhados das instalações com materiais por eles reciclados. Nos casos de não realização de atividades previstas, ainda sofriam punições (MNPCT, 2015). A partir disso, não foram mais encontrados repasses do FUNPAD a tal instituição. No entanto, o GDF financiou tais violências até então, e ela continua a funcionar.

Vale salientar que a Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011, da Vigilância Sanitária, que “[d]ispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas”, não delimita especialização na área de saúde ou afins para a equipe, deixando de assegurar uma formação mínima para uma assistência adequada. Segundo tal resolução, bastam um “responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, bem como um substituto com a mesma qualificação” (Brasil, 2011b, art. 5º) e “profissional que responda pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento, podendo ser o próprio responsável técnico ou pessoa designada para tal fim” (art. 6º).

Portanto, as CTs se aproveitam de normativas propositalmente insuficientes. E são inúmeros os casos em que, mesmo tais parâmetros mínimos e insuficientes, são descumpridos (IPEA, 2017; CFP; MNPCT; MPF, 2018; Costa, 2020). Soma-se a isso as poucas repercussões públicas de denúncias, fiscalização e controle.

Pela análise dos PTs, confirmamos não só a *laborterapia* como um dos pilares constitutivos das CTs, mas também a disciplina e caráter segregatório, com as CTs mormente em contextos rurais, expressando o seu caráter asilar-manicomial, assim como a religiosidade (IPEA, 2017). Dessa forma, observamos o recrudescimento do cenário encontrado por Bezerra (2018): “a quase totalidade localiza-se em área rural, verificou-se a restrição do contato com familiares e visitas em geral e a proibição da posse de celular e dinheiro pela pessoa internada, [...] o tratamento se baseia em práticas confessionais (Bezerra, 2018, p. 11). Como a própria autora sintetizou no título do trabalho, o cenário supostamente assistencial das CTs no DF *entre a capina e a oração* (Bezerra, 2018). E considerando que o grosso da população “interna” a tais instituições é pobre e negra, a análise concreta da situação concreta das CTs no DF corrobora a análise de Mendes e Costa (2022), de que as CTs são uma amálgama *sofisticada* de manicômios, igrejas, prisões e senzalas.

Por fim, apontamos que a compreensão sobre quem e como são as CTs do DF financiadas com verba pública, também passa pela escuta das vivências e relatos dos internos. Porém, a maioria destas vivências e relatos não chegam a ser publicizados - pelo próprio caráter das CTs e as condições das pessoas nelas depositadas -, deixando de atingir *status* de denúncia pública nos meios de comunicação para o amplo conhecimento da população - o que blinda a violência das CTs.

De maneira a aprofundar os achados até então apresentados e debatidos, discorreremos a seguir sobre os principais pretextos e argumentos utilizados pelas CTs em seus PTs. Eles foram agrupados nos seguintes eixos temáticos: (a) epidemia na saúde; (b) epidemia socioeconômica, moral e espiritual; e (c) (a) perfilamento do interno e de sua família. Para fins de elucidação, foram referenciados os PTs das CTs referentes aos trechos citados.

Da epidemia na saúde

Todos os PTs trazem conceitos amplos e vagos sobre a saúde, resumindo os internos às drogas e o uso das drogas à dependência química, como uma doença. É comum às CTs se ancorarem em supostas definições da dita dependência química como doença crônica. Por conseguinte, há uma contradição em que tal doença, por um lado, pode e deve ser curada, e, por outro, com tal cura sendo impossível. Não importando a constatação, a CT é o meio (de tratamento) para isso.

Mesmo que com nuances, a centralidade da visão de da doença trazida pelas CTs transita entre: doença cerebral e/ou orgânica (dependência química), patologia da mente (toxicomania), desvio de personalidade, pecado e/ou problema moral, articulando moralismo, preconceito religioso e saber médico-psiquiátrico (Costa, 2020). Conjuntamente, descaracterizam o usuário de seu contexto, os colocando como “portadores desse distúrbio”, que não conseguem “conter o vício”, ou a “fissura” (ABBA Pai). Assim, o uso de drogas é restrito aos seus supostos efeitos prejudiciais, em “diferentes frentes: física, psicológica, social e espiritual.” (Desafio Jovem), propondo-se a tratar em caráter de urgência o “transtorno individual, ou seja, a desorganização do indivíduo em seus aspectos comportamentais, emocionais, de consciência, relações familiares e profissionais” (Despertai).

Todas as CTs se justificam em decorrência de uma dita urgência oriundo do quadro de uso de álcool e outras drogas. Para isso, utilizam de dados quantitativos de forma descontextualizada, afirmando uma suposta *epidemia na saúde* relacionada ao uso de drogas. As principais fundamentações acadêmicas são pesquisas sobre o aumento do uso de crack na população brasileira, o que caracterizaria tal *epidemia* para as drogas como um todo. Não à toa, foi na época da construção dos principais programas de "combate" ao crack, como o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, posteriormente reformulado no Programa Crack, é Possível Vencer (PCPV), como respostas governamentais ao pânico moral criado a partir da suposta epidemia de crack, que as CTs ganharam destaque, inclusive, se inserindo nas políticas - vide RAPS - e recebendo verba pública (Costa, 2020). Contudo, pesquisa nacional rejeitou tal tipificação de epidemia mesmo para o crack (Bastos e Bertoni, 2014).

Da epidemia socioeconômica, moral e espiritual

Arelada à suposta epidemia das drogas na saúde, as CTs, em seus PTs, argumentam na direção de uma *epidemia de ordem socioeconômica, moral e espiritual*. Assim, apontam que a epidemia do uso de drogas, resulta numa epidemia de consequências negativas e causas problemáticas na ordem social, econômica, moral e espiritual. Dessa forma, argumentam sobre como o cenário epidêmico de uso se atrela a um cenário também epidêmico de incapacitação dos usuários, mencionando repetidamente em seus PTs as problemáticas socioeconômicas de afastamento do trabalho, da vida “normal”, das funções “normais” (Despertai), apontando, por exemplo, o alcoolismo como “uma das cinco causas mais

importantes do afastamento do trabalho”, em seguida salientando como “problema de saúde pública mais importante do mundo” (Novo Tempo). Conforme apontado em Costa e Mendes (2021), o findar do indivíduo à droga e à (suposta) doença, não significa que se tornem descartáveis, apenas que podem ser (super)explorados pelas CTs. Suas segregações não significam exclusões sociais, afinal, como vimos no próprio repasse, nos desvios de verba e demais irregularidades, bem como no ganho oriundo da *laborterapia*, são lucrativos.

Embora em alguns PTs, as CTs afirmem conceber a dependência química, “como não sendo, portanto, uma questão apenas de moral ou de caráter do indivíduo” (Novo Tempo), contraditoriamente, se propõem a “ajudar o dependente químico a recuperar seus valores morais, comportamentais e espirituais”, a prover a “reabilitação social, familiar, profissional e cultural”, assim como possibilitar ao interno “viver livre da escravidão das drogas e reformulação do caráter” (Renovando a Vida). Quanto à religiosidade compulsória, expressam trabalhar propondo “atendimentos de orientação espiritual individual e em grupo”, a partir disso “trabalhando a necessidade da mudança de caráter, valores como honra, fidelidade, idoneidade, honestidade, perseverança” e ainda, de forma “independente do credo e respeitando religiões, porque todos nós nascemos com uma lei eterna que sempre diz: ‘Faça o bem e evite o mal’ - que é o princípio da ética.” (Criação de Deus). Contudo, como apontado na literatura, a compulsoriedade religiosa é mormente cristão (católica ou evangélica), desrespeitando credos ou, mesmo, a ausência de crenças religiosas (Bezerra, 2018; CFP; MNPCT; MPF, 2018; CRP-SP, 2016; Costa, 2020).

Além disso, as justificativas também passam pela construção retórica da (suposta) associação do uso de “drogas” com os índices de criminalidade e segurança pública. Assim, afirmam suas inserções na esfera criminal do uso de drogas, recebendo verbas, por exemplo, da SEJUS no âmbito do GDF e do MJSP, no federal, se posicionado em complementaridade aos presídios e Hospitais Psiquiátricos, reiterando seu caráter disciplinar/coercitivo, encarcerador e asilar-manicomial (Costa, 2020; Costa e Mendes, 2020).

Dessa forma, como pretexto de ação sobre a condição de (suposta) *epidemia na saúde*, as CTs do DF financiadas pelo FUNPAD apresentam e justificam a necessidade de sua atuação sobre a (suposta) *epidemia socioeconômica, moral e espiritual*, explicitando a abstinência como norte único, a objetivação de “verdadeira transformação”, “mudança de vida” (Desperta!). Configura-se um

verdadeiro (a)perfilamento dos atendidos e suas famílias, ao despi-los de suas singularidades, histórias e contextos prévios, assim como realizam o paulatino “perfilamento” de seus acometidos, ao conceber a sua cura no desenvolvimento e trabalho sobre “valores morais e sociais legalmente corretos” (Caverna de Adulão).

Do (a)perfilamento do interno

A partir do exposto, as CTs reafirmam seu caráter de negação dos indivíduos, resumindo-os à droga e à doença da droga. Ou seja, por trás da retórica de se pautarem no perfil do interno (*perfilamento*), *aperfilam* a pessoa, isto é, a assujeitam, despersonalizam, na medida em que concebem o tratamento centrado na droga e na dependência, homogeneizadas, a despeito do indivíduo, seu perfil e singularidade; destituem os internos de sua própria identidade, os *perfilando* - como se fossem colocados em uma fila, todos iguais - e, assim, dialeticamente, os *desperfilando* ou *aperfilando*. Esse processo é reiterado constantemente, “independente da classe social, raça, cor ou orientação sexual e religiosa” (Casa do Sol Azul), voltado ao “indivíduo que manifesta o desejo da recuperação do vício com maior poder de resolutividade” (Fazenda Esperança), ou desenvolvendo “novos valores, comportamentos, capacidades, hábitos e responsabilidades” (Desperta).

Da mesma forma, concebem o interno em prospecto, em médio e longo prazo, isto é, durante e após o tratamento, já que antes de encontrar a salvação terapêutica - a CT - é um desvalido e doente. Assim, a possibilidade de o *sujeito* existir está atrelada à sua adequação ao espaço, à cultura e às normas das CTs e estando em abstinência. Por fim, tal processo se estende à família, afirmando-a de diferentes formas como objeto de intervenção e educação moral, ao “possibilitar a orientação necessária para compreensão das causas e consequências da dependência química, preparando-as para a participação no processo de recuperação e convivência familiar” (Fazenda Esperança).

Considerações finais

Analisamos o repasse de verbas públicas às CTs no DF entre 2019-2022, a partir do FUNPAD, gerido pela SEJUS no âmbito distrital e atrelado ao MJSP no federal, e da SENAPRED, que compunha o extinto MC. Ao todo, 18 CTs receberam verba pública de tais fontes, sendo que 13 receberam verba da

SENAPRED, 13 do FUNPAD, e oito de ambos. O montante transferido foi de R\$28.211.659,27, sendo R\$14.263.053,74 via FUNPAD e R\$13.948.605,53, com uma média de uma média de R\$1.567.314,40 por CT. Apenas uma CT recebeu R\$5.635.165,17 das duas fontes.

Analisando os PTs das CTs financiadas pelo FUNPAD, constatamos a predominância de profissionais sem formação técnica e/ou especializada para o atendimento de pessoas com necessidades assistenciais atreladas ao consumo de drogas. Ademais, confirmamos como pilares constitutivos das CTs, o trabalho não pago, em regime servil, análogo à escravidão travestido de *laborterapia*; disciplina, coerção e o caráter segregatório, com as CTs mormente em contextos rurais, expressando o seu caráter asilar-manicomial; e a religiosidade, com práticas confessionais compulsórias.

Para se justificarem, as CTs discorrem retoricamente sobre uma suposta epidemia de drogas na saúde, a qual se atrela uma epidemia socioeconômica, moral e espiritual, com inúmeros problemas nessas searas. Para isso, articulam moralismo, preconceito e fundamentalismo religioso e saber médico-psiquiátrico de caráter asilar-manicomial. Ainda, sustentam suas narrativas na despersonalização e assujeitamento dos internos, reduzindo-os à droga e à suposta doença da droga (a dita dependência química), numa dialética que denominamos de *perfilamento-aperfilamento*.

Por fim, salientamos que toda esta violência expressa e materializada nas/pelas CTs é também, e sobretudo, estatal, não só porque permitida pelo Estado - aqui, remetendo aos governos federal e distrital -, mas porque financiada por ele. O Estado, portanto, ao financiar tais *instituições da violência*, transferindo verba pública, explicita seu caráter igualmente violento.

Referências

AZEVEDO, S. **Leis que não pegam**: o caso da Lei 10.216/01 em Brasília. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: Relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASTOS, F. I. P.; BERTONI, N. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.

BEZERRA, I. C. **Saúde mental e comunidades terapêuticas no DF**: entre a capina e a oração. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011**. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. **Decreto 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Presidência da República, 2019a.

BRASIL. **Lei 13.840, de 05 de junho de 2019**. Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília: Presidência da República, 2019b.

BRASIL. **Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021**. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social de que trata o § 7º do art. 195 da Constituição Federal; e dá outras providências. Brasil: Presidência da República, 2021

BRASIL. **Portal da Transparência**. Controladoria Geral da União, 2023. Disponível em: <https://portaldatransparencia.gov.br/download-de-dados>. Acesso em: 29 jul. 2023.

Capítulo 17 - Financiamento público das comunidades terapêuticas do distrito federal (2019-2022): cancelamento estatal à violência manicomial coletiva

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL (CODEPLAN). **Mapeamento e identificação das metodologias das instituições de tratamento e reinserção social de usuários de álcool, crack e outras drogas no Distrito Federal**. Brasília: Codeplan, 2013.

CODEPLAN. **Perfil da População em Situação de Rua no Distrito Federal**. Brasília: Codeplan, 2022.

CONECTAS; CEBRAP. **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. São Paulo: Conectas; CEBRAP, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas**. Brasília: CFP, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA (MNPCT); MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (MPF). **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017**. Brasília: CFP; MNPCT; MPF, 2018.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (CRP-SP). **Relatório de inspeção de comunidades terapêuticas para usuárias(os) de drogas no estado de São Paulo: mapeamento das violações de direitos humanos**. São Paulo: CRP-SP, 2016.

COSTA, P. H. A. Comunidades Terapêuticas nas políticas antidrogas: mercantilização e remanicomialização. **Serviço Social em Debate**, Carangola, v. 3, p. 22-39, 2020.

COSTA, P. H. A. “Museu de grandes novidades”: A nova-velha política antidrogas no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 14, p. 01-25, 2022.

COSTA, P. H. A. Comunidades Terapêuticas no Distrito Federal: “controle” social e saqueio do fundo público. **Revista de Políticas Públicas da UFMA**, São Luís, v. 27, p. 341-360, 2023.

COSTA, P. H. A.; MENDES, K. T. Contribuição à Crítica da Economia Política da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. **Argumentum**, Vitória, v. 12, p. 44-59, 2020.

DESINSTITUTE. **Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216**. Brasília: Desinstitute, 2021.

DISTRITO FEDERAL. **Decreto nº 9.359 de 01 de abril de 1986**. Cria o Conselho de Entorpecentes do Distrito Federal e dá outras providências. Brasília: Governo do Distrito Federal, 1986.

DISTRITO FEDERAL. **Lei nº 975, de 12 de dezembro de 1995**. Fixa diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal e dá outras providências. Disponível em: http://www.tc.df.gov.br/sinj/Norma/48934/Lei_975_12_12_1995.html. Acesso em: 12 jul. 2023.

DISTRITO FEDERAL. **Lei complementar nº 819, de 26 de novembro de 2009**. Cria o Fundo Antidrogas do Distrito Federal e dá outras providências. Brasília: Governo do Distrito Federal, 2009.

DISTRITO FEDERAL. **Saúde Mental do DF em dados**. Relatório. Brasília: Diretoria de Serviços de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde, 2022a.

DISTRITO FEDERAL. **Estudo da Necessidade e Priorização de CAPS no DF**. Relatório. Brasília: Diretoria de Serviços de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde, 2022b.

DISTRITO FEDERAL. Termos de Fomento (MROSC) nº 2/2022. Brasília: SEJUS, 2022c. Disponível em: <https://www.sejus.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/11/Termo-de-Fomento-02.pdf>. Acesso em 28 jul. 2023.

DISTRITO FEDERAL. **Portal da Transparência do Distrito Federal**. Disponível em: <http://www.transparencia.df.gov.br/#/>. Acesso em: 12 jul. 2023a.

DISTRITO FEDERAL. **Onde encontrar ajuda?** Disponível em: <https://www.sejus.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2019/05/Onde-encontrar-ajuda.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2023b.

FERNANDA, M.; CRUZ, C.; CARDOZO, M.; PAHL, M.; CÔRREA, S. Ex-acolhidos e ex-funcionários denunciam irregularidades em ONG construída com dinheiro público do DF. **G1 Distrito Federal**, Brasília, 17, jul., 2023; 2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2023/07/17/ex-acolhidos-e-ex-funcionarios-denunciam-irregularidades-em-ong-construida-com-dinheiro-publico-do-df.ghtml>. Acesso em 27 jul. 2023

GOMES, T. M. S.; PASSOS, R. G.; ARAUJO, G. C. L.; SOUZA, J. F. Saúde mental, drogas e Comunidades Terapêuticas no município do Rio de Janeiro. In: GOMES et al. **Política de drogas, saúde mental e comunidades terapêuticas**. Niterói: MC&G, 2023. p. 291-312.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Nota Técnica**. Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras. Brasília: IPEA, 2017.

LEAL, F. X. Gastos com Comunidades Terapêuticas no Estado do Espírito Santo. In: GOMES et al. **Política de drogas, saúde mental e comunidades terapêuticas**. Niterói: MC&G, 2023. p. 227-248.

MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA. **Relatório de Visita ao Centro de Recuperação Leão de Judá do Distrito Federal**. Brasília: MNPCT, 2015.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS (MPDFT). **Processo nº 2010.01.1.067203-4**. Brasília: MPDFT, 2010.

MENDES, K. T.; COSTA, P. H. A. Considerações para uma crítica da economia política das drogas no Brasil. In: MARTINS, C. B.; TEIXEIRA, L. E.; SERRA, M. A. S.; MEDRADO, N R. (Orgs.). **Economia política da pena e capitalismo dependente brasileiro**. São Paulo: Dialética, 2021. p. 555-580.

MENDES, K. T.; COSTA, P. H. A. No meio da pandemia tinha uma pedra? Uma análise das políticas para a população em situação de rua no contexto pandêmico brasileiro. **Encuentros Latinoamericanos**, Montevideu, v. 6, p. 96-117, 2022.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS (SES-MG). **Relatório de vitorias em comunidades terapêuticas do Programa Aliança pela Vida**. Belo Horizonte: SES-MG, 2016.

TEIXEIRA, I. **Metrópoles**, Brasília, 05, abr., 2023. Disponível em: <https://www.metropoles.com/colunas/grande-angular/trabalho-escravo-no-df-saiba-que-sao-os-empregadores-incluidos-na-lista-suja> Acessos em: 25 jul. 2023.

VALOIS, Y. Humilhação, tortura e morte: vídeos chocantes mostram rotina de pacientes em clínica clandestina. **Metrópoles**, Brasília, 03, mai., 2023. Disponível em: <https://www.metropoles.com/distrito-federal/humilhacao-tortura-e-morte-videos-chocantes-mostram-rotina-de-pacientes-em-clinica-clandestina>. Acesso em: 25 jul. 2023.

Capítulo 18

A psicanálise em um centro de referência da assistência social: uma escuta do desejo em territórios subjetivos

Maycon Douglas Silva Ribeiro
Robenilson Moura Barreto

Introdução

O Centro de Referência e Assistência Social (CRAS), é uma porta de acesso às políticas públicas, sendo um equipamento do Estado que se localiza descentralizado da política de Assistência Social, tornando-se responsável pela distribuição dos serviços socioassistenciais da Proteção Social Básica (PSB) nas diretrizes do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). O serviço disponibiliza equipe técnica de referência multiprofissional, sendo dois técnicos de referência de nível superior, um(a) psicólogo(a) e um(a) assistente social, e dois técnicos de nível médio em caso de CRAS de pequeno porte. Caso a demanda cresça, maior é o número de unidades e o quadro de profissionais (Brasil, 2016).

A atuação do psicólogo no CRAS, é inicialmente tomar o conhecimento do campo de atuação e das políticas públicas de assistência social. Esse percurso é um olhar para o território, a organização política interna e o público-alvo. Não menos importante do que observar, a escuta irá acompanhar este profissional nos lugares mais insalubres a despeito das narrativas subjetivas, dos quais o mesmo, terá o desprazer e a angústia de escutar, como se fosse sinônimo de “dor de ouvido”. Além disso, terá de se ver frequentemente cerceado em seu arcabouço teórico-prático pela complexa inferência da disposição política do seu território de trabalho (DIAS, 2016).

Nesse trajeto, o profissional da psicologia também deverá ser continuamente nutrido por capacitações no âmbito das teias que dão forma a esta política pública. Assim, as capacitações servirão para conhecer as diretrizes do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a Política Nacional da

Assistência Social (PNAS) e demais assuntos sociais. Brevemente, o profissional recebe instruções e preparo técnico para lidar com situações de risco e vulnerabilidade social, as quais podem ser: pessoas em situação de pobreza ou extrema pobreza, pessoas em descumprimento das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF), (considerado no governo do ex. presidente, Jair Messias Bolsonaro, como Programa Auxílio Brasil (PAB)).

No entanto, a proposta do CRAS é ofertar à comunidade que diante o agravamento dos fatores de risco e vulnerabilidade social, podendo levar os indivíduos a ocupar o espaço e colher a oferta de benefícios disponíveis. Como outra forma de perceber e intervir nas situações de miséria social, o dispositivo desenvolve ações no plano do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) para crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos. O trabalho viabiliza o crescimento pessoal e as habilidades sociais através de projetos, como por exemplo, envolvendo jovens adultos, tratando temas relacionados à perspectiva da vida de jovens homens e mulheres, considerando a área escolar, formação superior, e a resolução de conflitos na transição para a vida adulta (CFP, 2021).

O serviço, a grosso modo, é um espaço de acolhimento não só das necessidades materiais, mas igualmente da necessidade simbólica de bem-estar subjetivo e agasalho psíquico. Contudo, a precariedade material poderá não somente produzir uma dinâmica operada marcadamente por um obstinado transtorno, mas também, acompanhada pelas implicações ético-políticas no laço social. Ainda assim, nas razões desse contexto, há necessidade de ferramentas teórico-práticas de análise e intervenção emancipatórias e não segmentadas para a compreensão da condição humana e suas adversidades.

Apesar deste contexto ser massivamente discutido pela teoria da Psicologia Social e/ou Comunitária, apresentando pesquisas e resultados efetivos sobre as suas intervenções teórico-práticas, consideramos que a especificidade do diálogo da psicanálise em relação às instituições sociais, sobre a natureza das observações teórico-práticas, apresentam um potencial semelhante, dado a sua mestria para analisar as influências sociais e culturais ocorridas no desenvolvimento das relações humanas. Se considerarmos isso, recordamos então de duas grandes obras de Freud, a *“Psicologia das massas e análise do Eu”*, de 1920-1923, e *“O mal-estar na civilização”*, de 1930. Nessas obras, Freud se compromete a analisar a dinâmica dos indivíduos na esfera social e os processos de subjetivação por meio das forças culturais em curso.

A psicanálise, ao analisar o sujeito no *setting* clínico tem como prerrogativa a natureza do seu inconsciente envolvido com experiências afetivas passadas, ou em decurso pela vida, tornando a dificuldade em tratamento advinda de algum lugar. Isso nos mostra que a singularidade humana não está isolada dos fenômenos de nosso tempo passado e presente, podendo determinar ou influenciar o futuro. Dessa forma, os sentimentos, emoções e ações satisfatórias ou insatisfatórias dentro dos fenômenos remotos ou atuais, podem estar associados a padrões da vida intrafamiliar, a situações desagradáveis sofridas em outras relações, ou ainda, às violências sem precedentes. A proposta da Psicanálise é ajudar o paciente a falar sobre si mesmo, e a partir desta fala, entrar em contato com questões que fogem à sua compreensão (os conteúdos inconscientes), e, portanto, influenciam suas ações, pensamentos, sentimentos e emoções.

Com esses destaques, ao refletir a psicanálise como método de investigação das demandas individuais, passamos a pensar por outro lado a psicanálise na observação social. A discussão sobre o sujeito aqui adquire uma tonalidade importante, pois, para o método clínico o sujeito está individualizado, muito embora, poderá falar de suas (in)satisfações sociais. Porém, os fundamentos psicanalíticos analisando o sujeito social, cultural e coletivo, ainda requer o inconsciente como condição estruturante das experiências simbólicas, no entanto, o diferencial para se capturar o indivíduo nas situações em que existe relação com uma esfera institucional, é analisar como determinado espaço coletivo se articula e como essa articulação interfere na vida do sujeito que carrega uma necessidade singular (Diniz, 2018).

Levando em consideração tal viabilidade, para dar luz sobre os impasses e necessidades do sujeito e a dinâmica e os impactos de determinada instituição, a psicanálise busca de forma aplicada estabelecer: 1º uma **recordação** do discurso histórico como um guia de contingências que ela implica, 2º a **implicação** de um discurso ético sobre determinada situação analisada, e 3º uma **transferência** com base em um discurso que articule uma posição de saber e diálogo. Refere-se a essa abordagem como Psicanálise Aplicada. Contudo, a teoria psicanalítica é vista nesse contexto, a partir do momento em que analisamos a demanda do sujeito no CRAS como da ordem inconsciente, no qual, está o seu desejo/necessidade e suas faltas, sem perder de vista as operações dinâmicas institucionais na direção do sujeito que procura a resolução das suas questões subjetivas, ou essencialmente dos direitos básicos para a sobrevivência no tecido social (Dunker, 2013 apud Dias; Chaves e Neto, 2018).

Ao psicólogo/psicanalista, como operador do singular, cabe distinguir-se de uma posição predominantemente assistencial que prioriza o aspecto material em detrimento das urgências subjetivas dos sujeitos. A condição do psicólogo/psicanalista, se detém na análise do campo da psicanálise aplicada sobre a dimensão da demanda atrelada ao conteúdo do desejo e da falta, estruturantes da necessidade do sujeito. Assim, pretendemos a partir disso, apresentar uma discussão bibliográfica relacionando escutas práticas com a teoria psicanalítica enquanto psicólogo praticante de psicanálise no CRAS.

Adotamos a pesquisa bibliográfica não sistemática, de natureza exploratória, realizada em bases de dados que disponibilizam artigos, dissertações e teses com diferentes contribuições. Esse método de estudo não significa a reprodução do que já foi dito sobre um determinado tema, mas propicia um novo enfoque ao exame de uma temática, chegando a interpretações e a construção de um novo texto com contribuições científicas significativas remodeladas de acordo com a passagem do tempo (Gil, 2006). Nesse sentido, a pesquisa bibliográfica e exploratória também consiste em proporcionar maior familiaridade com o assunto, visando ao aprimoramento de ideias e descobertas.

Proposições sobre a psicanálise no Centro de Referência e Assistência Social (CRAS)

Para Paula e Paiva (2015), a psicanálise não está reduzida a uma ordem espacial, ou seja, apesar da prática de psicanálise ser associada constantemente à clínica individual, não quer dizer que seja sua única finalidade. A práxis da psicanálise atravessa a individualidade e o social, onde não se dissocia o sujeito, seja na análise clínica ou no contexto coletivo. Porém, a possibilidade da psicanálise na instituição (o coletivo) não possui a mesma direção do tratamento analítico singular, criando uma travessia das fantasias dos sujeitos.

Conforme Silva (2012) e Dias (2016), a proposta da psicanálise é sustentar o propósito da instituição. No caso de um CRAS, a Proteção Social Básica (PSB), a qual visa a prevenção de vulnerabilidades e risco social, bem como o fortalecimento dos vínculos familiares. No entanto, o que a psicanálise dedica ao indivíduo que se beneficia dos serviços de um CRAS, é a escuta da subjetividade. O analista não deve direcionar sua escuta apenas para a narrativa dos direitos, e de pronto não responder a esta demanda, mas favorecer ao indivíduo que se aproprie da posição de sujeito, investigando a natureza do seu

inconsciente e suas dificuldades subjetivas, notabilizando e despertando uma consciência inata de sujeito de direitos.

Nessa perspectiva, Ferrari (2009), ao promover e experimentar uma experiência em três CRAS, onde ofereceu supervisão institucional à equipe técnica, analisou famílias em acompanhamento e sobretudo profissionais. Assim, as equipes de referência técnica participaram de encontros intensivos com a perspectiva de dirimir dificuldades relacionadas à forma de abordar os usuários, e trabalhar o relacionamento interpessoal profissional, elaborados em supervisões. Na apresentação do recorte de experiência compreendeu-se que, “foi possível abrir novas possibilidades de trabalho, que se mostraram mais eficientes” (p. 37). Ou seja, o acolhimento da demanda recebida pode ser considerado como uma ação analítica, viabilizando a circulação de conteúdos infantis pendentes no espaço institucional, sendo postos em palavras nas supervisões. Dessa forma, observa-se que a escuta e a posição da psicanálise liberam a realidade psíquica partilhada, podendo no percurso do trabalho estar em sofrimento, viabilizando alternativas resolutivas.

Embora haja a vista um percurso psicanalítico no CRAS, os autores Dias, Chaves e Neto (2017, p. 241), ao postularem seus olhares para a assistência social e em especial o CRAS, propõem que “o lugar da psicanálise nessas instituições deve ser inventado”. Para os respectivos autores, é evidente certa delimitação do espaço ao campo da Psicologia Social e Comunitária, e isso pode ser constatado nas referências técnicas do profissional com habilitação em Psicologia na área da Assistência Social. Porém, de acordo com Mariano (2011), para inserir a psicanálise no CRAS, é necessário operá-la na incidência do desejo do corpo institucional e dos usuários do serviço. Isso quer dizer que, as demandas endereçadas ao CRAS estão situadas na ordem do desejo, inseparável do inconsciente, no qual todas as demandas podem ser suscetíveis a interpretação por parte do psicólogo/psicanalista, levando em consideração o desejo.

Assim, quando a psicanálise é situada na esfera do desejo do sujeito, a demanda recebida é interpretada como satisfação da necessidade de um objeto: uma cesta básica ou um tipo de auxílio. Mas como todo desejo é demanda e não a satisfação de desejo do objeto, é provável que a satisfação seja parcial em razão do sujeito sentir “fome” novamente, sendo incessantemente desejanter. Contudo, o psicólogo/psicanalista atende o sentido subjetivo dessa “fome” e seus reveses na constituição daquele que sobrevive em risco e vulnerabilidade social, e vislumbra com ele os caminhos amortecidos pelas intercorrências

fisiológicas e sociais, sem deixar de sustentar a dimensão básica de sobrevivência do sujeito (Dias; Chaves e Neto, 2017).

Souza *et al.* (2015); Pereira e Nicolau (2016), afirmam que além do desejo ser a bússola para localizar o sujeito naquilo que se quer, a transferência que liga psicólogo/psicanalista e usuário é, também, o fio condutor na direção das resoluções das dificuldades. Em psicanálise a transferência forma compromisso e estimula o sujeito a falar do seu lugar de prazer e sofrimento, nesse sentido, o psicólogo se coloca à escuta e manejo da demanda. Pode-se dizer que o espaço CRAS é situado como campo transferencial a proporção que o sujeito de desejo pode transferir suas demandas ao Outro suposto saber, seja o psicólogo/psicanalista ocupando o lugar do suposto saber sobre o sujeito que deseja, realizando a passagem do sujeito pelo seu próprio discurso inconsciente para a identificação da condição do seu querer/desejo.

Com essas incursões teóricas, iremos nos deter adiante à análise sobre a escuta de duas experiências cujo as histórias são reais, mas os sujeitos não identificados, e posteriormente traçar considerações psicanalíticas a respeito.

Vinheta 1: Escuta “surda”, desejo, falta e angústia

Uma senhora de 72 anos é acompanhada por prognóstico abusivo de álcool. Ela apresenta condições socioeconômicas regulares, moradia própria construída de alvenaria, possuindo eletrodomésticos e outras condições básicas de conforto e bem-estar onde vive, conforme o observado. Tem o privilégio de ter dois filhos morando relativamente próximos a sua casa. Nas visitas realizadas com periodicidade ela recebia da porta a equipe técnica que tinha como a primeira missão criar vínculo. Criado o vínculo, houve a oportunidade através de seu convite adentrar à sua casa para tomar café, e a cada visita uma escuta se conectava a outra, tornando possível ter a dimensão de sua realidade.

Depois do vínculo com ela, por outro lado, foram realizadas visitas ao filho mais disponível em relação ao tempo, pois os dois filhos trabalham bastante e um deles em especial era o mais fácil de ser encontrado em casa. Ao ser realizada as visitas ao tal filho, o mesmo relatou que sua mãe estava apresentando há um bom tempo o uso bastante significativo de bebida alcoólica. Quando perguntado qual o motivo do consumo, o relato foi de que ela sempre bebeu, mas como todo mundo consome, “tranquilamente”, todavia não entendia o porquê esse consumo havia aumentado. Para o filho era preocupante, pois a solução em sua

vista era uma internação compulsória em um desses Centros de Reabilitação para dependentes químicos.

Com os relatos do filho ficou evidente o seu desejo em relação à mãe, a qual jamais relatou à equipe sobre seu uso de álcool. Assim, foi evidenciado que a direção da escuta era com maior exclusividade para ela, para que se pudesse ter a complexidade da sua experiência psíquica subjetiva em torno do consumo supostamente abusivo do álcool. Nas diferentes oportunidades de visitá-la, seu discurso era da sua insatisfação com a própria realidade, enfrentando uma viuvez há um bom tempo e tendo pouca companhia da sua rede de apoio familiar, se percebendo sozinha. Esse sentimento na população idosa já é discutido nas diferentes vertentes das Ciências Humanas que busca redimensionar tal situação para prevenir estados psicopatológicos, por exemplo.

De visita em visita ela repetia este mesmo discurso trazendo com eles ensinamentos, já que para ela a equipe técnica que a atendia lhe parecia mais jovem na idade. Frases como: “as pessoas se esquecem que um dia elas serão velhas” faziam parte do seu repertório. Nessa repetição a sua narrativa inconsciente começava a apontar a direção da sua angústia subjetiva. Ser velha, para ela era sinônimo de ser esquecida em sua experiência existencial, esse sentimento remonta a uma outra questão, o da sua viuvez. Neste relato em especial ela deixou escoar de seu inconsciente a consciência de que a falta do seu falecido companheiro lhe havia tirado toda a vontade, e isso lhe gerava agonia. Essa ausência de vontade intolerável denota o fato de que ela estava em busca de compreender o porquê suas vontades (não descritas quando perguntado a ela), pareciam ter morrido com o seu companheiro.

Antes do trabalho ser interrompido por motivos institucionais e pessoais do trabalho técnico de psicologia que eu estava desempenhando, a acompanhada trouxe um último relato que ficou para a nossa reflexão. Segundo ela, não havia ninguém que fosse tão presente quanto o seu falecido companheiro, era como o seu pai e lhe valia mais que a sua mãe, compreendia tudo sobre ela, “sem que pudesse abrir a boca ele já sabia a necessidade, só de olhar”. Seu companheiro talvez não tivesse uma escuta técnica qualificada, mas sabia ouvi-la. Ser ouvida era sinônimo de estar viva e ter vontade.

Com a perda do seu objeto de sentido, o seu companheiro, a vida lhe era uma vasta solidão, tendo apenas boas memórias de seu marido morto, e os filhos que circundam sua casa, porém, ausentes de presença física afetiva. Quando avaliado como se sentiu nas últimas visitas, ela agradeceu pelos momentos em que pode falar, e que se tivesse mais oportunidade estava pensando em contar

algo mais profundamente, ao qual ainda não havia dito a ninguém. Seu sintoma era a surdez alheia à sua volta que não escutava um luto em elaboração, relativamente tamponado pela experiência do consumo de álcool.

Vinheta 2: Escuta “muda”, desejo, luto e consolação

Uma jovem adulta de 32 anos é acompanhada por baixa condição socioeconômica e conflitos intrafamiliares. A acompanhada possui casa própria construída em alvenaria e uma quantidade comum de eletrodomésticos básicos. No momento da primeira visita observou-se que a mesma tinha filhos homens e mulheres na faixa etária entre 12 a 16 anos, sendo um dos homens na idade da pré-adolescência, já falecido. Quando a demanda foi recebida, logo de pronto a escuta foi direcionada à queixa socioeconômica e ao conflito intrafamiliar. Feito a escuta das demandas, um plano de intervenção foi elaborado na perspectiva de sanar o que então foi trazido.

Realizado a primeira visita e com as impressões iniciais, o segundo passo foi refletir para além da intervenção de sanar conflitos intrafamiliar, pensar quais seriam as redes de apoio que pudessem fortalecer capacidades existentes, como foi observado a disposição para o trabalho, e por outro lado, garantir formas de proteção aos filhos, já que com a figura paterna ausente o único lugar de sustento econômico e significativamente afetivo, era o da jovem mãe adulta. As alternativas encontradas dentro de mais visitas realizadas, foram os filhos ficarem aos cuidados da avó a qual apesar de uma velhice acentuada não se negou a tarefa.

Com a possibilidade de os filhos ficarem com a avó pelo período em que ela ficasse trabalhando fora, isso ainda não resolvia a demanda. Quando realizado mais visitas para compreender quais impasses ainda impediam esse processo, tinha-se a indisposição por parte da acompanhada em receber a visita técnica, o que era uma surpresa, pois acontecia mais de uma vez seguida no período de uma semana ou mais. Nessa ocorrência, a opção em vista era a sua mãe, avó das crianças, a qual poderia relatar a situação e possíveis novas queixas da jovem adulta. Os relatos da avó tinham sempre a mesma descrição, do qual a filha se encontrava bem, mas havia momentos em que a mesma ficava indisposta por dias, e era natural esse comportamento.

Assim, investigou-se mais vezes com a mãe/avó esse estado, até que em dado momento a mesma relatou que desde o falecimento do seu neto, filho da jovem, ela tem se encontrado assim, hora disposta, mas não tanto, e hora

bastante indisposta ao ponto de não aparecer por fora de casa durante dias. Já acostumada com a situação a mãe/avó não tinha maiores preocupações, dado que a filha sempre saía daquele estado cedo ou tarde, e mesmo com as dificuldades conseguia estar entre a família regularmente. Quanto a isso, os familiares preservavam a jovem das lembranças de sua perda, e em contrapartida estimulavam que ela seguisse em frente, muito embora, algumas palavras e orientações nesse sentido não fossem acolhedoras, mas era a forma como conseguiram incentivar.

Depois de certas visitas, com resistência relevante, a jovem foi abrindo a oportunidade de compartilhar suas dificuldades, e em determinada visita com muitos embargos na sua fala e bastante chorosa, trouxe em sua narrativa os marcos de uma experiência singular dolorosa. A perda do seu filho, que ainda estava na adolescência, lhe trazia questionamentos acerca do sentido de sua própria vida, e desejando continuar sua vida resguardava-se do então afeto, o luto. Passando dias inteiros e semanas sem sair de casa. Aqui, a escuta ganha outro contorno, e nesse instante a queixa principal tem um caminho secundário, é o que na clínica em psicologia/psicanálise chamamos de “queixa principal” e “queixa secundária”.

A queixa secundária era na verdade a principal, na qual embargava o ganho do desenvolvimento da queixa inicialmente percebida como a principal. A nomeação do seu luto e a possibilidade de falar livremente dele ainda não tinha ocorrido, portanto, recolher-se dentro de sua casa era defender-se de situações que pudessem lhe fazer reviver o fato. Isso, de certa maneira, parece uma contradição, se de pronto for considerado que a maior parte das memórias e lembranças da jovem sobre o seu filho falecido está atrelada ao ambiente de dentro da casa.

Mas com a oportunidade de escutar sem gestos de consolo, foi possível captar o relato de que a maior parte da sua boa experiência afetiva com o filho havia sido mais significativa no quintal de casa, onde o filho passou a maior parte do tempo quando não estava na escola. Dessa forma, gradativamente, a jovem foi narrando com dificuldade a falta do filho, e simultaneamente organizando-se face a vida, ora implicada no desejo de garantir que o filho falecido e já sepultado pudesse ter dela, minimamente os cuidados estéticos para que sua sepultura fosse mantida limpa e organizada. Fazendo isso, acreditava ser o seu modo de continuar caminhando na vida, e apesar dessa experiência dolorosa lhe acompanhar, ela mantinha-se em pé pela boa relação afetiva com o filho.

Com isso, a sua necessidade de ser apenas escutada, era a sua forma de elaborar esse sentimento. Não era necessária nenhuma palavra ou gesto de consolo em sua direção. A escuta era muda, e o gesto de consolo era escutá-la. Assim, as suas forças e desejos conscientes e não inconscientes, mas amortecidas por esta experiência subjetiva, viriam a ser aquecidas. Esta era a direção da escuta, a qual sendo muda, paralelamente autorizava tal sentimento, sem necessariamente lhe direcionar palavras que pudessem dar conta desse acometimento, escutá-la era o que estabelecia pulsão de vida e desejo para avançar ou recomeçar.

Análise e manejo técnico como psicólogo do CRAS: Escuta psicanalítica do desejo em território subjetivo

A partir dessa perspectiva, o método psicanalítico de investigação do desejo dos sujeitos, propõe uma escuta ética sobre o valor e a dimensão simbólica das experiências afetivas de cada um. Seja uma escuta clínica ou a escuta de um campo/instituição ou grupo, para realizar intervenções, ou apenas servir a reflexão entre teoria e prática psicanalítica. Assim, o que pode a psicanálise nos trabalhos em que a intervenção clínica psicoterapêutica não pode acontecer, é sustentar uma escuta do desejo, dos elementos narrados e os significados que eles podem carregar, e a maneira como são operados na vida cotidiana, para que possam ser integrados à um encaminhamento ou a uma sequência destes, quando o CRAS é limitado a determinadas demandas, considerando apenas o nível de Proteção Social Básica (PSB).

Posto isso, a escuta psicanalítica (sobre o desejo) pretende suspender certezas, permitindo que os conteúdos escutados fiquem em suspenso, que os elementos não preencham os significados trazidos como demanda pelo sujeito. O importante é não tornar privilegiada uma narrativa e contexto em detrimento de uma presumivelmente menor, além também, de desejar em qualquer uma das situações estabelecer uma resposta às hipóteses levantadas. No entanto, a escuta psicanalítica deve criar condições para que o sujeito fale daquilo que deseja de forma livre. Portanto, se por esse caminho o psicólogo/psicanalista sustenta o sujeito, também possibilita a ele “associação livre”, que como técnica da escuta psicanalítica, permite a livre produção subjetiva de significados a partir das experiências afetivas (Souza, 2012).

Quando se trata da escuta do desejo, não falamos pela ordem biológica como está naturalizado na fisiologia do nosso corpo. Não se trata do desejo

como satisfação localizado em uma necessidade pontual, ao qual é percebido na relação do sujeito com o dispositivo de assistência social, o CRAS. Trata-se, de escutar o desejo na trama simbólica onde incide a falta e o sofrimento. Porém, não deixamos de perceber e considerar a condição relativa à situação de desamparo humano em busca da posição ideal de plenitude e satisfação. Nessa condição, resta nutrir aquilo que falta na dimensão do corpo biológico, demandando cuidados, atenção, alimento, amor e amparo. Entretanto, o desamparo inerente à condição humana permanecerá, e as demandas direcionadas ao outro não cessarão, seguirão circulando (DIAS, 2016). É justamente a dinâmica do desamparo que deixará inscrito no indivíduo a condição faltante, logo desejante.

Observando o caso da primeira vinheta, a qual o sujeito levanta uma demanda, que embora, requer atenção ao corpo enquanto estrutura biológica e fisiológica, considerando os impactos da experiência do suposto uso abusivo de álcool, e possíveis intervenções na qualidade de encaminhamentos a uma unidade básica de saúde. Notou-se também a necessidade, sobretudo, em falar de um outro lugar de igual valor simbólico e subjetivo. Seu processo de luto há alguns anos e o seu desejo para falar sobre isso era remediado pelo uso de álcool, criando um processo de enurdecimento a sua volta, embargando a escuta não só dos familiares, mas também do próprio praticante de psicanálise. Foi necessário discriminar as nuances sobre a demanda, o desejo, a falta e a angústia.

Segundo Silva (2013, p.64), “a demanda faz circular o discurso e é uma via de acesso ao desejo do sujeito”, ou seja, é a demanda direcionada ao psicólogo/psicanalista no CRAS onde circula o desejo, isto é, a livre associação da fala, na qual cabe ao psicólogo avaliar a presença do desejo, os significados e simbolismos presentes. Assim, é necessário que o sujeito seja convocado a falar de sua verdade, que o seu desejo e a sua falta possa circular a partir da trama inconsciente. A escuta aqui, está na mobilização da dinâmica do lugar daquele que deseja algo, enquanto também lhe falta. Nesse sentido, o praticante de psicanálise deve estar implicado no lugar de suposto saber, ele é o suposto saber pelo qual o “desejante” acredita que está a sua verdade e/ou o objeto que lhe falta. Porém, o psicólogo/psicanalista do CRAS, tem como princípio que tal saber em relação aquilo que se deseja e falta, está ao lado do sujeito, em outras palavras, o saber está no lado do sujeito e não no outro à quem demanda.

Conforme Bartolomeu (2017, p. 76), sobre uma suposta narrativa do desejante, “podemos compreender o discurso como uma estrutura produtora de lugares, engendrando a relação entre sujeito e o Outro”, isto significa dizer

que, o sentido do desejo e da falta não são produzidos apenas a partir da pessoa, e o Outro, de repente, é um sujeito ou uma instituição, os quais estreiam o desejo ou a falta do qual a pessoa principal, demanda. O Outro como uma pessoa e/ou uma instituição podem tanto validar a demanda como desejo, quanto, invalidar. Aqui, o psicólogo/psicanalista há que se haver como um “terceiro Outro” que trata a demanda/desejo trazida pelo sujeito como algo que requer o repouso sobre um lugar. Tal lugar, é uma escuta que possa mobilizar o sujeito na dimensão da sua falta e sobre o seu desejo no âmbito da instituição do CRAS.

Nesse sentido, a segunda vinheta também se trata de um processo de luto vivido por uma jovem mãe, a qual inicialmente foi tomada como demanda na direção das necessidades materiais, resolução de conflitos intrafamiliares, e a busca pela autonomia e espaço na vida laborativa. Entretanto, foi percebido durante as escutas pelo relato da jovem o desejo de se reportar a outro espaço simbólico na dinâmica das suas necessidades: a morte do seu filho adolescente, sendo a questão pela qual lhe barrava o caminho.

Ao poder falar mais livremente sobre isso, nenhum consolo era presente, ou nenhuma palavra era dita, apenas a escuta atenta lhe parecia o necessário, para que além da validação sobre outras faltas atreladas a realidade material ou a dinâmica intrafamiliar surgissem, a validação do próprio luto e o que fazer dele tornava-se também necessária, formando a operação que sepultaria o filho de uma vez por todas, simbolicamente, tornando ela ativa sobre a própria vida e o desejo, quanto também deixando de ser silenciada ao seu desejo. Dessa maneira, a escuta psicanalítica disponível viabilizou a observação crítica a partir de uma escuta que nem sempre requer palavras ditas, e escutar apenas, também mobiliza o sujeito e pode estimular suas próprias questões e respostas.

Contudo, para Mariano (2011, p. 234), “o psicanalista, no âmbito do CRAS, é aquele que pode intervir no sentido de possibilitar, na medida do possível, o aparecimento do sujeito, para além do sujeito de direitos”, e auxiliá-lo a poder responsabilizar-se por aquilo que lhe provoca sofrimento. Essa é a postura de uma escuta do psicanalista que não se põe distante ou está apagado no laço com o espaço institucional, como se a sua posição fosse aquela mesma no *setting* clínico (tradicional), por detrás do divã a escutar o sofrimento. Mais do que isso, o psicanalista/psicólogo é aquele que sabe tratar o sujeito com o seu saber retificador, que participa da causa e põe cada um para se haver com aquilo que o incomoda.

“O sujeito que vai ao CRAS não é o sujeito de direitos, mas está nesta posição. O psicanalista no CRAS avança para fora da instituição, do saber institucional que supõe um sujeito debilitado pela falta dos direitos” (Mariano, 2011, p. 235). Nesse meio tempo, pretende-se completá-lo no que lhe falta, ou seja, a escuta psicanalítica sobre o desejo, irá evocar exatamente a falta, através de uma ação retificadora, sem a finalidade de respondê-la, mas para fazê-la aparecer como dimensão singular que está em jogo. Com isso, o psicólogo/analista não completa a falta do sujeito ou do grupo em tal instituição, porém, se estes demandarem os seus direitos, pela sua própria narrativa, serão atendidos; mas se buscarem algo a mais, sobre a própria experiência existencial, em sua singularidade, o psicanalista entra em ação e não responde, mas evidencia a falta, por meio de uma intervenção retificadora.

No entanto, tal intervenção não se trata de um processo analítico ou a produção de uma análise. A ação retificadora do psicólogo/analista no CRAS evidencia apenas a falta, para com isso, produzir algum efeito. Portanto, é o sujeito do desejo e da falta que deve querer ou não aprofundar - se em sua história e buscar um tratamento.

Conclusões

A psicanálise nos ensina que o indivíduo está sujeito a uma ordem inconsciente e movido por desejos que desconhece. Nesse sentido, a vida psíquica está rica de afetos, prazer e desprazer simbólicos e singulares, que podem operar as ações do sujeito em relação a busca do que se deseja. Nesta concepção, vimos que quando o indivíduo demanda por algo em sua realidade material, não apenas quer a satisfação do objeto que lhe falta, mas também pode possuir necessidades que se localizam na dimensão afetiva no que se refere aos sentimentos e emoções.

Quando observamos a partir do CRAS e através da escuta psicanalítica, a dinâmica do sujeito em relação ao seu próprio desejo, apresentamos marcadamente a posição do psicólogo/psicanalista, o qual não responde a demanda, mas busca investigar as motivações pelas quais levam-no, não só, a querer a satisfação do que lhe falta, mas também por quais razões falta. Esta posição psicanalítica sugere ao sujeito que, o saber, ou o conhecimento propositivo sobre seus próprios desejos em detrimento das faltas, está em si mesmo e não sobre o outro a quem demanda. Além disso, tal proposta como prática psicanalítica, favorece a reflexão crítica junto a situação demandada,

trazendo à consciência o direito de acesso aos mínimos sociais no âmbito do CRAS como uma posição do sujeito, e não como um esforço em direção ao mérito.

As contribuições da psicanálise em território subjetivo no contexto social, mostrou-se ousada e trabalhosa, pois demandou esforço na articulação dos conceitos facilmente, talvez, melhores articulados no *setting* clínico individualizado, os quais quiseram análise constante entre teoria e prática social da psicanálise. Entretanto, esse movimento é necessário se refletirmos que este tipo de análise social psicanalítica, talvez possa ser uma saída como (quando) praticantes da psicanálise em contexto social, nos depararmos com demandas silenciadas por práticas aviltantes, as quais avaliando, podemos constatar não produzir mudança alguma, seja por parte do profissional que se põe na posição de saber, quanto a instituição que pode barrar o sujeito de ascender socialmente.

A assunção dessas proposições psicanalíticas provoca uma inspeção constante sobre o que pode a psicanálise nas situações sociais, redimensionando o psicólogo/psicanalista acerca de sua prática retificadora, e a sua escuta sobre o sujeito, para não incorrer no silenciamento do outro que lhe traz uma demanda, o que poderá reforçar ações e sentimentos angustiantes e disfuncionais face ao desejo. Contudo, reiteramos, que a posição do psicólogo/psicanalista na escuta do sujeito em contexto social leva em conta o sentido desejante, e apenas o desejo coloca em funcionamento a posição resolutiva em detrimento da falta.

Referências

BRASIL. Constituição de (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal: Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

BARTOLOMEU, Gabriel. O trabalho do psicanalista na Política de Assistência Social: escuta do sujeito e problematização de discursos e práticas. 2017. (Dissertação de mestrado em psicologia). São Paulo: Universidade de São Paulo, 2017, p. 32-72.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Eixo 3 – Atuação da(o) psicóloga(o) na proteção social básica da PNAS. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Referências técnicas para a atuação de psicólogos(os) no CRAS/SUAS. ed. 3, Brasília: CFP, 2021. p. 86-160.

Capítulo 18 - A psicanálise em um centro de referência da assistência social: uma escuta do desejo em territórios subjetivos

DINIZ, Margareth. O(a) pesquisador(a), o método clínico, e sua utilização na pesquisa. In: FERREIRA, Tânia; VORCARO, Ângela (Orgs). *Psicanálise e pesquisa: do campo à escrita*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018. p. 111-128.

DIAS, Thayane Bastos Moura.; CHAVES, Wilson Camilo.; NETO, Fuad Kyrillos. *Psicanálise e assistência social: O sujeito entre a demanda e o desejo*. Rio de Janeiro: Estudos e Pesquisas em Psicologia, v. 17, n. 1, 2017, p. 238-258.

DIAS, Thayane Bastos Moura.; CHAVES, Wilson Camilo.; NETO, Fuad Kyrillos. Ah, bruta flor do querer! O discurso do Cras na perspectiva psicanalítica. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, v.11, n. 2, 2018, p. 327-338.

DIAS, Thayane Bastos Moura. *Do usuário ao sujeito: possíveis articulações entre a proteção social básica da assistência social e a psicanálise*. 2016. (Dissertação de mestrado em psicologia). Universidade Federal de São João del-Rei, 2016, p. 35-54.

FERRARI, Rachele. Escutando famílias na rede pública: uma experiência de supervisão institucional com a equipe do PAIF – Programa de Atenção Integral à Família dos CRAS, Vinhedo/SP. *Revista Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, v. 10, n. 2, 2009, p. 33-40.

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. ed. 6, São Paulo: Atlas, 2008.

MARIANO, Marcelo Luís Horta Silva. *O praticante de psicanálise no centro de referência da assistência social (cras): a intervenção retificadora e outras questões*. 2011. (Dissertação de mestrado em psicologia). Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUCMG, 2011, p. 205-205.

PAULA, Fernanda Oliveira Queiroz.; PAIVA, Joice. Possibilidades de atuação do psicanalista no centro de referência de assistência social. *Revista Vínculo do Nesme*, v. 12, n. 1, 2015, p. 41-50.

PEREIRA, Patrícia do Socorro Nunes.; NICOLAU, Roseane Freitas. Psicanálise e instituição social: é possível uma prática psicanalítica no CRAS?. 2016, p. 1-10. Disponível em: <http://www.psicopatologiafundamental.org.br/uploads/files/v_congresso/p_63_-_patr%C3%ADcia_do_socorro_nunes_pereira_e_roseane_freitas_nicolau.pdf>.

SOUZA, Carolina Rodrigues Alves. Política pública de assistência social em análise: história, valores e práticas. 2012. 100, f. (Dissertação de mestrado em psicologia social), Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2012, p. 25-25.

SOUZA, Anna Caroline et al. Psicanálise e assistência social: O vínculo transferencial enquanto porta de entrada nos serviços do CRAS. São João del-Rei: Revista Analytica, v. 4, n. 6, 2015, p. 168-186.

SILVA, Luciene Tomazi. Assistência social e psicanálise nos caminhos da cidadania e da subjetividade: relato de experiência. 2012. (Trabalho de conclusão de curso). São Francisco de Paula-RS: Universidade Federal de Santa Maria, 2012, p. 4-15. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/18533/TCCE_GOPS_EaD_2012_SILVA_LUCIENE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

SILVA, Maria Gorete Sarmiento. O centro de referência da assistência social e a psicanálise: efeitos de uma escuta singularizada. 2013. (Dissertação de mestrado em psicologia). Natal-RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2013, p. 47-73. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/19587/1/MariaGoreteSarmientoDaSilva_DISSERT.pdf>.

SECRETARIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL. São Paulo capacita cras: marcos legais. 2009. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/445706/mod_resource/content/1/Vol1_CRAS.pdf#page=41>.

Capítulo 19

Um olhar existencialista sartreano sobre redução de danos e saúde mental

Jaqueline Patrícia do Amaral
Stephany Yolanda Ril
Virginia de Menezes Portes
João Batista de Oliveira Junior

Introdução

As drogas estão presentes na humanidade desde a pré-história, quando a partir do conhecimento sobre a flora, os povos buscavam não só alimento nas plantas, mas também obter efeitos úteis no combate à dor, estímulo para realização de atividades, e na obtenção de estados de êxtase, frequentemente utilizado em rituais sagrados. Dentre essas plantas, da resina da papoula era feito o ópio, utilizado como analgésico para diminuir a tosse, a febre e a diarreia. Já as flores da cannabis sativa, nome científico da maconha, serviam para sedação, contra espasmos, diminuição da ansiedade e para alcançar estados de meditação e tranquilidade. Na modernidade, com as grandes navegações dos séculos XV e XVI, o ópio, o açúcar, o café e o tabaco estavam entre as principais especiarias mercantilizadas e consumidas entre os continentes. Já no século XVII houve a expansão do álcool destilado, bebidas excitantes e outras substâncias (Carneiro, 2014).

Com a ascensão do capitalismo, aos poucos as substâncias psicoativas (SPA) passaram a ser vistas como mercadoria, o que provocou alteração na forma de produção, distribuição e consumo. A Inglaterra inaugurou o comércio em grande escala de SPAs quando garantiu o monopólio internacional sobre a distribuição do ópio, após declarar guerra contra a China em nome do “livre comércio”. Com isso, o consumo desses produtos popularizou-se, acarretando uma série de impactos sociais, dentre eles, relatos de overdose, complicações de saúde e o desmantelamento de hábitos socioculturais tradicionais (Silva, 2011).

Com o avanço científico no século XIX, algumas substâncias como a heroína e a cocaína foram isoladas quimicamente, o que permitiu a produção em laboratório. O mercado se tornou ainda mais promissor com novas substâncias sendo sintetizadas em laboratórios. No decorrer do século XX houve maior interesse econômico em torno das SPAs, diante do evidente aumento das movimentações financeiras em seu comércio, tanto lícito, cuja comercialização é regulamentada, como ilícito, nos casos das drogas que foram enquadradas como proibidas. Ainda em meados do século XIX, o uso e abuso de drogas começou a ser problematizado, culminando em medidas repressivas e proibicionistas, como a Lei Seca entre os anos de 1920 e 1933, e em 1970 a proposta de “guerra às drogas” que se iniciou no governo Nixon nos Estados Unidos da América (EUA), espalhando-se por todo o mundo, tornando as drogas uma questão de segurança pública (Rybka *et al.*, 2018).

Para Rybka *et al* (2018), foi nesse cenário de expansão econômica no século XX, que surgiu o paradigma proibicionista, sustentado por dois eixos relacionados a discursos e práticas sociais, ambos associados a questões morais: a medicalização e a criminalização. Em relação à medicalização, os autores apontam que ao considerar o uso abusivo de drogas como doença, o modelo médico/psicológico estabeleceu a abstinência como única meta possível para o tratamento, e buscar o controle sobre a adicção passou a ser papel das ciências da saúde, frequentemente, com pouca ou nenhuma participação do sujeito no processo de escolha.

No que diz respeito à criminalização, as proibições comerciais e o uso de certas substâncias foram motivados por uma sucessão de acontecimentos, incluindo a radicalização política do puritanismo norte-americano, o interesse na lucrativa indústria farmacêutica e o medo da elite em relação à desordem urbana (Fiore, 2012). Com a política de guerra às drogas, travou-se nesse período uma batalha do “bem contra o mal”, o que exacerbou a diferença no olhar sob sujeitos que se relacionavam com drogas a partir de sua classe econômica. Assim, jovens consumidores de classe média e alta eram vistos como toxicômanos, merecedores de tratamento, enquanto o pequeno distribuidor de drogas, vindo das comunidades, denominado traficante, era visto como delinquente, suposto incitador do consumo (Rybka *et al.*, 2018).

Em meados de 1926, um grupo de médicos da Inglaterra elaborou estratégias de tratamento que não vislumbrava a abstinência como principal objetivo, mas sim, o alívio dos sintomas a partir da prescrição controlada de determinadas substâncias, tal medida pode ser apontada como um marco

histórico para o paradigma da redução de danos. Na Holanda em 1972, uma proposta semelhante buscou amenizar a disseminação de doenças infectocontagiosas, a partir da troca de seringas usadas por novas. As primeiras ações voltadas para a redução de danos no Brasil, datam de 1989 na cidade Paulista de Santos, considerada naquela época a capital da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), que vinculados ao uso de drogas injetáveis, passou a ser o primeiro programa de redução de danos do país (Lopes e Gonçalves, 2018).

Em contraponto ao paradigma proibicionista, e contra os dispositivos disciplinares, a Política Nacional de Redução de danos determinou ações que amenizariam possíveis consequências negativas ligadas ao consumo de SPAs, sem colocar a abstinência como objetivo principal, proporcionando maior liberdade de escolha ao sujeito e inclusão social (Brasil, 2005; Passos e Souza, 2011). Com a Portaria N° 1.028 de 2005, que regulamenta as ações que incentivam a Redução de Danos sociais e à saúde decorrente do consumo de substâncias psicoativas que causem dependência, foi instituído no Brasil ações direcionadas inicialmente à prevenção da transmissão de infecções sexualmente transmissíveis (IST). Sendo ampliada mais tarde, com a Portaria N° 3.088 de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), colocando como um de seus objetivos a redução de danos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, bem como, a promoção do cuidado e qualidade de vida aos usuários e seus familiares.

O paradigma da Redução de Danos trata a dependência de drogas como problemática complexa e que precisa ser abordada por meio de estratégias múltiplas e singulares, fazendo com que o uso abusivo de drogas seja visto por outra perspectiva. Como princípio experimental e empático, busca abster-se de julgamentos morais oferecendo possibilidades de políticas e de procedimentos que visam reduzir as consequências do abuso e da dependência de álcool e outras drogas. Como conceito ético, a Redução de Danos pode servir de facilitador para construir condições de possibilidades de escuta das diferenças, enquanto comprometimento do ser com sua própria posição no mundo e não como um código de valores impostos, um dever ser, possibilitando lidar com as relações com os outros e sua forma de sentir e ser no mundo (Fonsêca, 2012).

Ainda que regulamentada, a implementação da redução de danos na prática encontrou alguns empecilhos que vão desde questões morais e religiosas à construção social e midiática em torno das drogas, à invalidação do paradigma como ciência, até a falta de capacitação dos trabalhadores dos serviços de saúde

(Lopes e Gonçalves, 2018). Nesse sentido, a construção do paradigma proibicionista persiste no atual cuidado com álcool e outras drogas. Como exemplo, destacam-se as Comunidades Terapêuticas (CTs), que desde 2011 passaram a fazer parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Em geral, as CTs não se orientam pelo paradigma da Redução de Danos, e alinham-se ao modelo sustentado pela abstinência, além de incluir um novo aspecto, a moral religiosa (Bastos e Alberti, 2021).

Para pensar os engendramentos desses paradigmas, este trabalho utilizou como exemplo a trajetória da cantora e atriz norte-americana, Demetria Devonne Lovato (Demi Lovato) e sua relação com álcool e outras drogas. O objetivo deste estudo é identificar os paradigmas presentes na relação da artista com as drogas, suas consequências e propor outras possibilidades de olhar este fenômeno, a partir da compreensão de sujeito do Existencialismo Sartreano. A análise será realizada a partir de três documentários produzidos em diferentes momentos da vida de Demi, (no ano de 2012 foi lançado o *Stay Strong*, apresentado em um episódio de 44:35 min, em 2017 o *Simply complicated*, também em um episódio de 1h13:24 e em 2021 o *Dancing with the devil*, apresentado em quatro episódios, E1 22:34 min, E2 21:54 min, E3 21:57 min e E4 28:54 min.) e em todos eles as narrativas são apresentadas pela própria Demi, familiares, amigos e equipe que a acompanhou.

A história de Demi Lovato e a relação com as drogas

Demi Lovato nasceu em 20/08/1992 no estado do Novo México/EUA, e passou sua infância e adolescência na cidade de Dallas - Texas, conhecido como um dos estados mais conservadores dos EUA. Possui uma irmã mais velha, Dallas (33 anos) e uma irmã mais nova, Madison (19 anos). Seus pais se separaram quando ela tinha por volta de seis anos. O pai, Patrick Lovato (1960-2013), fazia uso de álcool e outras drogas, o que segundo a artista contribuiu para o afastamento deles. Demi começou a trabalhar na televisão com sete anos, quando participava do programa Barney e seus amigos no Disney Channel. Na adolescência ganhou peso, começou a sofrer *bullying* na escola e sentia-se excluída. Com 12 anos passou por processos intensos em relação ao transtorno alimentar, relatando ter perdido até 15 quilos. Na mesma época, ela começou a fazer uso de substâncias como o álcool e a maconha.

Aos 14 anos, Demi entrou para o elenco do seriado *Camp Rock* da emissora de canal americano *Disney Channel*, tornando-se conhecida mundialmente. O

mesmo canal exigia um contrato de trabalho com várias cláusulas de moralidade e comportamento bastante conservadores, especialmente para as meninas. Viveu um momento de excesso de trabalho, em que consumia cada vez mais álcool e drogas, e com 17 anos experimentou a cocaína. Aos 18 anos, por sugestão de seus pais e produtores, foi pela primeira vez para uma clínica de reabilitação (*Timberline Knolls*), onde ficou por três meses.

É importante ressaltar que já no primeiro documentário *Stay Strong* (2012), a relação da cantora com as drogas é silenciada. A narrativa traz problemáticas relacionadas ao transtorno alimentar e automutilação apresentados pela artista, e atribuem a tais condições a internação, seguida do diagnóstico de bipolaridade, que recebeu na clínica. Demi e sua equipe, escolheram expor nesse primeiro momento, apenas as questões relacionadas ao diagnóstico de transtorno mental, ao passo que omitiram sua relação com álcool e outras drogas, boa parte disso pode-se atribuir às questões morais que envolvem a temática.

Os Estados Unidos da América é um país que, em sua maioria, é pautado por políticas proibicionistas que remetem a movimentos do final do século XIX e início do século XX, em que o álcool era visto como destruidor de caráter, moral, saúde física e mental, sendo a abstinência compulsória a principal alternativa. Os programas preventivos em relação às drogas ilícitas foram pelo mesmo caminho. Em 1980, com Ronald Reagan na presidência, as políticas repressivas às drogas cresceram, junto com o conservadorismo político. Com a promulgação da Lei Antidrogas em 1988 criou-se a Divisão de Política de Controle de Drogas (ONDCP), priorizando o estabelecimento do controle de drogas. A mesma lei, afirma que o foco dos programas de prevenção deve ser a escola, a partir da concepção de que o uso de drogas ilícitas é errado e prejudicial. Esta lei também determinou que os professores e profissionais de saúde mental recebessem formação sobre abuso de drogas para proporcionar atividades preventivas. Tais afirmações visavam garantir a reprodução do discurso oficial (Tatsumi *et al*, 2020).

No final dos anos 1990, o governo passou a exigir que as ações preventivas desenvolvidas nas escolas se baseassem em evidências científicas. Desde então, para receber financiamento federal, os programas de prevenção devem se adequar a critérios de eficácia. As primeiras medidas de eficácia estabeleciam como objetivo inicial “educar e habilitar a juventude da América a rejeitar as drogas ilegais,

bem como o álcool e o tabaco”, esclarecendo que essa “estratégia tem como foco a juventude por questões morais e práticas” (Tatmatsu *et al.*, 2020, p. 4).

No Brasil, apesar da forte influência do paradigma proibicionista dos Estados Unidos, houve avanços em relação ao tratamento de abuso de álcool e outras drogas. A Lei Nº 11.343 de 2006, foi um marco na definição que distinguia usuários e traficantes e pela adoção do modelo de redução de danos como possibilidade de tratamento, ampliando as opções para usuários sem exigir a abstinência, mesmo sendo uma das alternativas. No entanto, no ano de 2019, o governo federal alterou a lei supracitada, e instaurou a Lei Nº 13.840 de 2019 reformulando o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD).

Dentre as alterações, a lei possibilita a internação involuntária, ou seja, esta pode ocorrer a pedido de terceiros, familiares ou responsável legal, ou ainda, na falta destes, do servidor público da área da saúde. Outra mudança importante, consta no artigo 26, inciso I da mesma lei, que institui que as CTs devem estar de acordo com a “oferta de projetos terapêuticos ao usuário ou dependente de drogas que visam à abstinência” (Brasil, 2019). Para Pereira e Felipe (2019), isso representa um grande retrocesso, visto que ensaia um retorno ao modelo manicomial e viola direitos humanos dos sujeitos, tratando-se de uma política higienista, que vai no sentido oposto da redução de danos.

No que tange à questão da prevenção ao consumo de drogas, o paradigma proibicionista também é observado no Brasil, em iniciativas como o Programa Educacional de Resistência às Drogas (PROERD) realizado nos centros educacionais pela polícia militar desde o ano de 1992. O PROERD foi inspirado pelo programa norte-americano *Drug Abuse Resistance Education* (DARE), desenvolvido pelo Departamento de Polícia de Los Angeles em 1983, para crianças do Ensino Fundamental. Tatmatsu *et al.* (2020), aponta a existência de pesquisas que sinalizam a ineficiência tanto do DARE quanto do PROERD, mesmo assim, o programa segue em vigência.

Cinco anos depois do primeiro documentário, ao lançar o *Simply Complicated* (2017), Demi apresenta uma nova versão dos fatos. Ela relata que sua primeira internação ocorreu após seus pais e produtores descobrirem que ela fazia uso de álcool e outras drogas, e que quando gravou o primeiro documentário (2012), logo depois de sair da clínica de reabilitação, continuava fazendo uso de cocaína. Lembrando que sob uma ótica proibicionista e

medicalocêntrica, o principal objetivo do tratamento para abuso de substâncias é a abstinência. Durante o processo de tratamento, Demi teve 20 acompanhantes de sobriedade e fazia uso de drogas ainda assim. Nas palavras da artista: “Eu não estava trabalhando no meu programa, não estava pronta para ficar sóbria, eu estava usando escondido nos aviões, nos banheiros, durante a noite, ninguém sabia”.

Sua equipe então contratou um *life coach* (Mike Bayer) e sob ameaça de sua equipe de deixá-la, Demi iniciou o que ela chamou de “processo de renição” e continua “você tem que se entregar, porque é quando a mudança vai acontecer”. Entregou seu celular ao empresário, passou a viver em uma casa de recuperação com outras pessoas, onde precisava cumprir tarefas diárias, não frequentava lugares que pudessem ter álcool, fazia testes de drogas regularmente, todos a sua volta precisavam fazer testes também, e tinha uma equipe de profissionais de saúde que decidiam e controlavam tudo por ela, inclusive sua comida. Diversas vezes Demi refere sua condição à uma doença pela qual terá de lutar pelo resto da vida. Para Alves (2007), ao tomar a compreensão de sua condição como uma doença o sujeito pode se desresponsabilizar frente a alguns comportamentos, atribuindo assim à sua condição de “doente”, e desobriga-o do ônus da mudança, desde que siga o tratamento prescrito.

Em seu terceiro documentário, *Dancing With The Devil* (2021), os amigos de Demi (Sirah e Matthew) falam sobre como percebiam que as restrições das quais a artista estava submetida, com vistas a “controlar” sua compulsão por comida, álcool e drogas, bem como, sua luta por manter seu corpo dentro dos “padrões”, a deixavam infeliz. Lovato relata que em março de 2018 na comemoração de seus seis anos de sobriedade, refletiu que nem lembrava mais do porquê estava sóbria, como pode-se observar em suas próprias palavras:

Minha equipe contém assistente, um coach de bem-estar, uma nutróloga, nutricionista, terapeuta. Tive todas essas pessoas entrando e saindo da minha vida. Sinto que decisões foram tomadas por mim, mais do que eu decidi alguma coisa (Demi Lovato, 2021).

Em julho de 2018, quatro meses após a comemoração de seus seis anos de sobriedade, a artista teve uma overdose que quase a levou a óbito. Após o período de hospitalização, Demi passou novamente por uma clínica de reabilitação (*Cirque Lodge*) em Utah, e tem tentado há algum tempo uma nova proposta de tratamento. Busca ajuda espiritual e psicológica, almejando

compreender seus “traumas” e se responsabilizar por suas escolhas. Pediu a opinião de outros profissionais em relação ao seu diagnóstico de bipolaridade e compreende que o diagnóstico foi um erro, porém na época serviu para que se desresponsabilizasse pelas atitudes que vinha tendo. Ela tem profissionais com quem se comunica frequentemente, e avisa quando sente que as coisas não vão muito bem, afirmando que lida com a depressão em um nível que muitas pessoas nunca entenderão.

Ademais, tem feito uso moderado de álcool e maconha, além de injeções de Naltrexona (vivitrol), medicamento utilizado no tratamento de vício em opiáceos e/ou álcool. Algo que poderia se aproximar a um dos princípios do paradigma da redução de danos, uma vez que o principal objetivo do tratamento não é a abstinência. Segundo Demi:

fechar certas portas só me fazem querer abri-las ainda mais. Dizer que nunca mais vou poder beber ou fumar maconha, não funciona pra mim, é falho [...] A recuperação não é igual para todos, e você não deveria ser forçado a ficar sóbrio se não está pronto (Demi Lovato).

O Documentário não traz mais informações sobre os desdobramentos dessa nova proposta, porém Demi salienta, que nesse período não recorreu a drogas pesadas, e sente que a forma que foi conduzido seu tratamento anterior não lhe deu a ajuda que precisava.

Os paradigmas sobre as drogas e o existencialismo

Para Schneider (2010), a racionalidade posta sobre a questão das drogas e proposições de tratamento e prevenção para a sociedade se dá de duas principais maneiras: a partir de um viés moralista, em que as drogas “em si” são o grande mal da atualidade, devendo ser evitadas a qualquer custo, numa perspectiva que retira o caráter relacional e contextual do seu uso; ou por um olhar psicopatologizante, em que toma o uso problemático de drogas como uma doença crônica recorrente, e que pode ser ativada a partir de uma predisposição genética ou vulnerabilidade psicológica, ao contato mais frequente com a droga (Schneider, 2010).

Para tanto, faz-se necessário o olhar ampliado sobre a complexidade que a temática exige na contemporaneidade, visto que o uso de drogas é uma atitude específica da espécie humana, expressão do existir humano e suas adversidades,

que desnuda a cultura e suas contradições sociais. O modo de ser dos sujeitos, bem como, suas relações com as coisas e com o mundo é pautado por valores advindos da sociedade de consumo, como a busca pelo prazer imediato, a descartabilidade, o efêmero. Nesse contexto, mergulhar na espontaneidade, no instante, aprisionar-se no aqui e agora, a partir das alterações químicas provocadas pelas drogas pode ser um prato cheio para as exigências da contemporaneidade (Schneider *et al.*, 2017).

Leal *et al.* (2019), ao levantar o questionamento de se o uso problemático de SPAs é compulsão ou escolha, percebem que essa discussão, em sua maioria, é proposta a partir de duas perspectivas, uma médica/psicológica, e a outra moral. A primeira, considera o uso como doença, em que o sujeito tem pouco ou nenhum controle, perdendo assim sua autonomia. Já a segunda, entende que o uso problemático de SPAs se trata de uma escolha do sujeito, e neste caso o comportamento do sujeito seria voluntário, e com sua autonomia preservada teria condições de interromper esse ciclo caso realmente desejasse. Esses modelos se apresentam de formas antagônicas, onde em um há a ausência da autonomia e no outro ela estaria presente. No entanto, já existem outras discussões que compreendem que o comportamento compulsivo não necessariamente exclui o comportamento voluntariamente escolhido, e sugerem que esse olhar dicotômico proposto pelos modelos médico/psicológico e moral seria insuficiente.

Para o existencialismo Sartreano, a liberdade é condição da existência humana, nesse sentido, o sujeito se faz a partir de suas escolhas, que se dão dentro de um campo de possibilidades de ser no mundo. Essas escolhas podem ocorrer a partir de uma consciência irrefletida (espontânea, de primeiro grau), em que o sujeito está absorvido pelo objeto ou situação sem tomar distância, de modo que *seu eu* aparece como não posicional de si. Ou ainda, ocorre a partir de uma consciência reflexionante (segundo grau), em que o sujeito toma a vivência espontânea como objeto, para conseguir ter uma consciência posicional de si, vendo-se obrigado a posicionar-se sobre si mesmo ou voltar à espontaneidade. Nesse sentido, o uso de drogas nesta perspectiva, é uma escolha dentre tantas outras, porém, o sujeito pode fazê-la de forma espontânea, conforme aponta Schneider *et al.* (2017):

[...] completamente mergulhado no mundo das drogas, aprisionado no instante de seus efeitos, com suas características típicas de atração e repulsão, de paraíso e inferno (bares, festas, movimento das ruas, bocas

de compra etc.), o que acaba por lançá-lo nas exigências desse mundo: toma muitas doses, sem conseguir dar o limite; experimenta a intensidade das reações e prazeres proporcionados pelas alterações neuroquímicas, conforme os contornos de sua própria história e de sua afetabilidade; absorve-se em conversas que giram em torno dos valores dessas situações; envolve-se em relacionamentos que perpetuam a atmosfera gerada nos chamados “ambientes da ativa” (Schneider *et al.*, 2017 p. 222, 223).

Como forma de tratamento, Demi foi acometida a diversas restrições, impostas dentro de uma perspectiva proibicionista, que a colocaram em um papel de passividade. Talvez ela tenha seguido as orientações de profissionais que a acompanhavam sem questionar sua participação no processo, até mesmo por lançar um olhar sobre o fenômeno como “doença a ser tratada”. Alves (2007), aponta que dificilmente essas restrições são mantidas por muito tempo sem gerar sofrimento para o sujeito, uma vez que ao abandonar círculos sociais e atividades gratificantes pode contribuir para a falta de sentido na vida e sensação de solidão.

Demi passou a contar sua melhora a partir de dias de abstinência. Manteve-se sóbria por seis anos, o que significa, dentro dessa lógica proibicionista, que ela não teve contato com álcool e drogas, uma vez que a violação da abstinência seria uma recaída. No entanto, na perspectiva da redução de danos, a recaída seria não o uso da substância em si, mas a volta a um padrão de uso demasiado e frequente. Para Pires e Schneider (2013), serviços que colocam a prova a sinceridade do sujeito e se tornam fiscais da abstinência podem comprometer a construção do vínculo terapêutico.

Schneider (2010), denota essa forma de abordagem terapêutica, pautada na abstinência e encarada como uma luta para que o sujeito não beba ou faça uso de drogas, acaba por desconsiderar questões importantes como os efeitos de contextos e a função dessas substâncias na história do sujeito. Assim, o sujeito não pode ter contato com álcool e outras drogas para sua vida melhorar, quando na verdade é preciso que a vida desse sujeito melhore, para que suas insatisfações e carências da vida cotidiana não o lancem para o consumo de substâncias. É preciso construir com o sujeito condições de possibilidades para que este possa ter reflexões críticas sobre suas escolhas, e possa escolher diferente caso deseje.

Para que isso seja possível, segundo Schneider *et. al* (2017), é necessário que o sujeito supere os entraves de sua dinâmica da dependência, que o aprimoram em suas certezas de ser lançando-o em seu modo de ser compulsivo.

Não basta, portanto, apenas interromper o uso de drogas, se o sujeito não superar os motivos que constituíram a função daquele abuso, bem como, a relação de dependência de um objeto qualquer. Pois sem superar essa relação, o sujeito pode substituir o objeto de dependência, o que não devolve a integralidade do seu ser, permanecendo em uma vulnerabilidade psicossocial, e sob maior possibilidade de recaídas ao comportamento adicto.

Nesse sentido, o programa de Redução de Danos coloca como seu maior princípio, uma política social em que o principal objetivo é diminuir eventuais efeitos negativos ocasionados pelo uso problemático de álcool e outras drogas (Petuco, 2006). A Redução de danos apresenta-se como uma resposta da saúde pública, se contrapondo aos modelos moral, criminal e de doença, e não desconsidera a abstinência como possibilidade, mas aceita alternativas que reduzam danos. O respeito à escolha individual de cada sujeito é central e, portanto, a alternativa de tratamento é construída em conjunto com o sujeito a partir de sua história e não pensada a priori. A liberdade individual de cada um deve ser preservada, desde que não ultrapasse a liberdade de outros.

A Redução de Danos é uma abordagem empática, que acontece na prática a partir de uma relação demasiadamente humana, que busca auxiliar no cuidado em relação às consequências que o uso problemático de álcool e outras drogas podem proporcionar aos sujeitos, sem rotulá-los ou julgá-los. Sartre (1976), sinaliza a empatia como atitude necessária para conhecer um sujeito, uma vez que isso implica aceitá-lo em sua especificidade de ser, abstendo-se de julgamento moral. Nesse sentido, a experimentação empática se apresenta como mais um dos princípios dessa abordagem, em que não se propõe a questionar se tal comportamento é certo ou errado, doente ou saudável, bom ou ruim. Mas preocupe-se em estar com o outro, dialogar, ouvir e juntos construir alternativas viáveis para aquela situação naquele momento (Fonsêca, 2012).

Segundo Cruz (2011), outro princípio da Redução de Danos é defender o usuário, na contramão de políticas de drogas. Tal concepção torna o serviço mais acessível, pensado em encontrar o sujeito em seus próprios termos, onde estiver e não onde deveria estar. Além disso, encontra-se como princípio, a promoção de serviços de fácil acesso e pronto para o acolhimento como outras possibilidades para as abordagens tradicionais, em geral de difícil acesso e distantes da realidade do usuário (Fonsêca, 2012).

Considerações Finais

Ao utilizar os documentários de Demi Lovato como objeto de análise, verificou-se que o paradigma proibicionista atravessa a maior parte da sua relação com o álcool e outras drogas. As abordagens utilizadas para auxiliar a artista, em geral, partiram de uma racionalidade médica, em que coloca o sujeito em um lugar passivo, acometido por uma doença. No período em que Demi estava em abstinência, trocou o objeto de sua compulsão (álcool e outras drogas) por exercícios físicos em excesso, e períodos de compulsão alimentar. O que aponta para uma não superação dos motivos que constituíram a função de seu abuso, contribuindo para o retorno ao uso problemático de álcool e outras drogas, o que acabou por levá-la a um episódio de overdose. Quando acolhida de forma a não colocar a abstinência como objetivo principal de seu tratamento, Demi mostrou mais autonomia em suas escolhas, inclusive em outros perfis de sua vida, apesar de ainda lançar um olhar psicopatologizante sobre o fenômeno.

Observou-se também que o paradigma proibicionista ainda opera majoritariamente na construção do olhar dos sujeitos e sociedades como um todo, no que tange a questão do álcool e outras drogas, especialmente nos Estados Unidos. No Brasil, apesar de ter regulamentado o paradigma da redução de danos como Política Pública do Sistema Único de Saúde em 2006 e iniciado sua implementação, encontrou desafios na aplicação prática, uma vez que a lógica predominante no país ainda é a do proibicionismo. Em 2019 houve o retorno para a abordagem exclusivamente da abstinência com viés conservador e moralista, que significou retrocesso em relação à Política Nacional de Saúde Mental e sobre Álcool e outras Drogas que vinha sendo instituída para o paradigma da redução de danos.

Nesse sentido, faz-se necessário lançar novos olhares sobre possibilidades de intervenções psicossociais e clínicas, que não sejam pautadas somente na abstinência. É importante considerar a história de cada sujeito e a função que o álcool e/ou outras drogas exercem em sua vida. Aproximando-se do paradigma da redução de danos, a compreensão sartreana e existencialista pode contribuir com as mudanças necessárias no campo das políticas e do cuidado em saúde mental, com uma abordagem de superação dos reducionismos. A partir de uma perspectiva dialética de compreensão dos problemas relacionados ao uso prejudicial de substâncias, busca-se um olhar ampliado e complexo,

compreendendo tanto aspectos singulares quanto universais, os quais engendram a história de cada pessoa.

Por fim, como limitações deste estudo, aponta-se a ausência de informações detalhadas sobre os tratamentos adotados por Demi Lovato para o uso de álcool e outras drogas, principalmente os relacionados à redução de danos, uma vez que as fontes de dados foram somente os documentários. Desta forma, torna-se relevante expandir a pesquisa, lançando um olhar conjuntamente para o seu comportamento compulsivo, o que não é exequível no momento devido aos limites de tempo e aprofundamento dos documentários. Neste sentido, espera-se incentivar novas investigações voltadas para a importância de problematizar novas possibilidades de tratamentos comprometidos com o desenvolvimento de estratégias que compreendam a autonomia do sujeito em seu processo de escolhas, garantindo a integralidade do cuidado.

Referências

ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, Set. 1993.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: janeiro 2022.

BASTOS, A. D. de A.; ALBERTI, S. Do paradigma psicossocial à moral religiosa: questões éticas em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2021, v. 26, n. 01 pp. 285-295. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.25732018>>. Acesso em: novembro 2021.

BRASIL. **Lei n. 11.343 de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm> Acesso em: outubro de 2021.

Capítulo 19 - Um olhar existencialista Sartreano sobre redução de danos e saúde mental

_____ **Lei n. 13.840, de 05 de junho de 2019.** Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm> Acesso em: janeiro de 2022.

_____ **Portaria n° 1.028** (01, julho, 2005). Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília-DF. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php>> Acesso em: outubro de 2021.

_____ **Portaria n° 3.088** (25, dezembro, 2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimentos ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 52(251), 381, Brasília-DF. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em: outubro de 2021.

CRUZ, M. S. Redução de Danos, prevenção e assistência. In: **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias.** Brasília: Ministério da Justiça/SENAD, 2011, pp. 155-177. Disponível em: <https://mppr.mp.br/arquivos/File/Projeto_Semear/Material_Capacitacao/Curso_Prevencao_ao_uso_indevido_de_Drogas_Capacitacao_para_Conselh

eiros_e_Liderancas_Comunitarias_2011_SENAD.pdf> Acesso em: 08/02/2022.

CARNEIRO, H. O uso de drogas na sociedade. In F. de W. Oliveira & H. Carneiro. Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão. **Álcool e sociedade** (pp. 13-33). Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014. Disponível em: <<https://unasus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/files/2015/03/Modulo-1.pdf>> Acesso em: outubro de 2021.

CRUZ, M. S. Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos. In: CIRINO, O.; MEDEIROS, R. (orgs). **Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas**. Autêntica: Belo Horizonte, 2006, p. 13-24.

DANCING WITH THE DEVIL EP1, 2021. 1 vídeo (22:34 min). Publicado pela plataforma Youtube, **canal Demi Lovato**. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=uZmXF50Yx7I>> Acesso em: 25 mar. 2021.

DANCING WITH THE DEVIL EP2, 2021. 1 vídeo (21:54 min). Publicado pela plataforma Youtube, **canal Demi Lovato**. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=SRz-ePm4te8>> Acesso em: 25 mar. 2021.

DANCING WITH THE DEVIL EP3, 2021. 1 vídeo (21:57 min). Publicado pela plataforma Youtube, **canal Demi Lovato**. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=6FW-glAaTKU>> Acesso em: 25 mar. 2021.

DANCING WITH THE DEVIL EP4, 2021. 1 vídeo (28:54 min). Publicado pela plataforma Youtube, **canal Demi Lovato**. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=LvxtPm4OGJ4>> Acesso em: 25 mar. 2021.

FIORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos Estudos CEBRAP**(92), março de
Capítulo 19 - Um olhar existencialista Sartreano sobre redução de danos e saúde mental

2012. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/nec/a/yQFZQG48VQvdYW8hQVMybCd/?lang=pt>> Acesso em: novembro de 2021.

FONSÊCA, C. J. B. da. Conhecendo a Redução de Danos enquanto uma proposta ética. **Psicologia & Saberes**, 2012, 1(1), pp. 11-36.

LEAL, E. M.; MUÑOZ, N. M.; SERPA, O.D. Jr. Além da Compulsão e da Escolha: autonomia, temporalidade, e recuperação pessoal. **Rev. Latiniam. Psicopa. Fund.**, São paulo, 22(1), 130-149 mar. 2019.

LOPES, H. P.; GONÇALVES, A. M. A política nacional de redução de danos: do paradigma da abstinência às ações de liberdade. **Pesquisas e Práticas Psicossociais** 13(1), São João del Rei, janeiro-abril de 2018.

Disponível em:

<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/2858/1886> Acesso em: novembro de 2021.

PEREIRA, M. C. K. da R.; FELIPPE, A. M. Internação involuntária: discussões sobre os impactos da lei 13.840/2019 no tratamento de usuários de álcool e outras drogas. **Cadernos de Psicologia**, Juiz de Fora, v. 2, n. 4, p. 394- 418, jul./dez. 2020 – ISSN 2674-9483. Disponível em:

<<https://seer.uniacademia.edu.br/index.php/cadernospsicologia/article/view/2847/1923>> Acesso em: 19/01/2022.

PIRES, F. B.; SCHNEIDER, D. R. Projetos de vida e recaídas em pacientes alcoolistas. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 1, p. 21-37, jun. 2013. Disponível

em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672013000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 abr. 2021.

RYBKA, L. N., NASCIMENTO, J. L., & GUZZO, R. S. L. Os mortos e feridos na “Guerra às Drogas”: uma crítica ao paradigma proibicionista. **Estudos de Psicologia** (Campinas), 35(1), 99-109. 2018 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-027520180001000010>> Acesso em: novembro de 2021.

Sartre, J. P. (1976). **Situations, X. Politique et Autobiographie**. Paris: Gallimard.

SCHNEIDER, D. R. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, pp. 687-698. 2010. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000300011>> Acesso em: 19/01/2022.

SCHNEIDER, D. R.; STRELOW, M.; LEVY, V. L. dos S. Um olhar existencialista sobre o uso problemático de drogas. In: CASTRO, Fernando G.; SCHNEIDER, Daniela R.; BORGES, George D. J. B. (org) J-P. **Sartre e os desafios à psicologia contemporânea**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Via Verita. 2017.

SIMPLY COMPLICATED, 2017. 1 Vídeo (1h13:24) Publicado pela plataforma Youtube, **Canal Ronnia Santos**. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=DnI4mQTHWpg>> Acesso em: 25 mar. 2021.

SILVA, A. F. L. M. Histórico das drogas na legislação brasileira e nas convenções internacionais. **Revista Jus Navigandi**, 16(2934), 2011. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/19551>> Acesso em: outubro de 2021.

STAY STRONG, 2012. 1 vídeo (44:35 min) Publicado pela plataforma Vimeo. Disponível em: <<https://vimeo.com/85366866>> Acesso em: 25 mar. 2021.

TATMATSU, D. I. B.; SIQUEIRA, C. E.; PRETTE, Z. A. P. D. Políticas de prevenção ao abuso de drogas no Brasil e nos Estados Unidos. Ensaio. **Cad. Saúde Pública** 36 (1) 20 Dez 20192020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00040218>> Acesso em: 17/01/2022.

Capítulo 20

Amorosidade na psicoterapia: manejo clínico de mulheres para enfrentamento da violência

Ana Paula Chagas Monteiro Leite

“É com o corpo que podemos explorar essa dimensão do mundo. E também a partir da dimensão estética, que encontro com o outro - também um corpo - e viver a experiência da alteridade na relação de comunalidade com o outro, em uma relação da ordem de uma sintonia afetiva que me permite sentir confirmado na minha singularidade.”

(Mônica Alvim, 2022)

Aproximação com o tema

Durante minha caminhada na graduação em Psicologia, estive certa de que meu fazer seria efetivamente pautado no modelo clínico. Quando graduada, em 2008, fui capturada pela tendência capitalista de perpetuar a prestação de serviço para um público classe socioeconômica média/alta; apesar das possibilidades de atuação da Psicologia serem muito mais abrangentes na atualidade, me vi como os profissionais que frequentemente lotam as clínicas com demanda particular de atendimento, individualizado e no campo da psicoterapia privada, local onde até hoje me encontro atuando.

No entanto, também já estive servidora pública municipal (de 2011 a 2017), integrando o quadro de profissionais que realizava serviços na modalidade de clínica social engajada pensando em intervenções clínicas para além da interioridade e assim favorecendo, por 6 (seis) anos, a prestação de serviço para uma parcela da população que muitas vezes não tem acesso ao psicólogo, respondendo às diferentes formas de subjetivação e de adoecimento psíquico.

Na clínica privada, as queixas iniciais são variadas e geralmente correspondem a uma demanda que inicialmente leva a pessoa ao atendimento, todavia raramente corresponde ao real problema que intenta investigar (Cardella, 2002; Juliano, 1999). Este texto reflete sobre demandas clínicas sobre vivência de violência recebidas em meu consultório particular, no qual tenho experiência de dezesseis anos do fazer-clínico, inegavelmente com maior apelo de acompanhamento psicológico pelo público feminino – o mesmo tendo sido observado também nos serviços públicos em que atuei -, que prosseguem em acompanhamento psicoterápico na maior parte dos casos, para além da escuta inicial vivida nas primeiras sessões.

A atuação clínica psicoterápica na Gestalt é um tema de interesse de outros profissionais na região onde ocorreu este estudo, a saber, norte do Brasil na capital Belém (PA) - identificadas em pesquisas acerca das rupturas no vínculo amoroso, bem como a dificuldade nas interações conjugais em convivência diária (Vale, 2011, 2018; Ferreira, 2010). Considerando a Gestalt-terapia minha abordagem de trabalho, minha compreensão de mundo e ser humano, destaco que a atitude clínica e psicoterapia de embasamento fenomenológico pressupõe uma escuta ativa, observação atenta e uma espera pelo fenômeno que emerge do outro (Borba, Silva e Oliveira, 2017).

A escuta fenomenológica é disponibilizada pelo profissional como um dos principais instrumentos no trabalho de redução fenomenológica do vivido, devendo ser essencialmente cuidadosa, instigante, esclarecedora e descontaminada. É um importante recurso por ser através da linguagem uma das possibilidades que o cliente pode se expressar e o sentido do que é dito só poderá ser compreendido com base no seu falante, o contexto da vivência deste cliente (Pimentel, 2013; Cardoso, 2002).

Borba, Silva e Oliveira (2017) destacam que na perspectiva fenomenológica se faz necessário haver uma “inclinação” do psicoterapeuta clínico como uma disponibilidade, de encontro, de alteridade, sendo necessário haver suspensão temporária do mundo do profissional e do mundo das suas interpretações para que o outro se expresse.

Ser uma profissional mulher que atende clinicamente outras mulheres pressupõe a premissa de haver um exercício constante de suspensão de si para permitir que as intervenções realizadas no manejo clínico sejam permissivas para que a pessoa atendida possa voltar o seu olhar para si mesma. Motta, Assis e Satelis (2020) apontam a necessidade de uma formação profissional sólida e consistente do ponto de vista da inter-relação entre aspectos teórico-filosóficos

e práticos-técnicos da clínica gestáltica ressaltando a importância da formação continuada em Gestalt-terapia por entenderem o quão desafiador e difícil é estar em atuação sob os princípios da *epoché* e redução fenomenológica.

O principal objeto da discussão no presente manuscrito se refere à prevalência de queixas emergidas em atendimento clínico que se referem a relatos de histórias de violência vividas nas relações interpessoais afetivas e amorosas de mulheres. Os relatos de violências são de diferentes dimensões, mas englobam em sua maioria experiências de violência psicológica, física, emocional, moral, patrimonial, auto infligida com tentativas de suicídio. Consequentemente, encarar estes fenômenos subjetivamente potencializa meu interesse em dialogar sobre e pensar em estratégias, ferramentas e atitudes que possam viabilizar um trabalho profícuo.

Para Odalia (2012), a violência inicialmente se constituía como forma de defesa, todavia tem se transformado, observável pela maneira como os seres humanos organizam a vida coletiva e suas relações interpessoais com outros seres humanos, como cita: “[...] Não é só a violência física que distila o viver em sociedade e que apavora o homem: outros temores, outros medos, assaltam-no e acabam também por moldar seu estilo de vida” (p. 14).

Kepner (2000) como psicoterapeuta corporal destaca como as memórias corporais vão sendo construídas no desenvolvimento, trazendo como referências cantos de mesa, fogões quentes, limites de tolerância de adultos, mas descrevendo-as como não prejudiciais ao autodesenvolvimento desde que possam ser assimiladas ao funcionamento normal, com aprendizagem sobre limites do corpo, formas de lidar com tropeços (reais e abstratos). O que não seria o caso de situações mais comprometedoras como abusos físicos/sexuais que, por experiência clínica do autor, com frequência comparecem em queixas clínicas representadas em dores físicas ou com separação da sensação de si mesmo do próprio corpo, alienando a localização da dor como estratégia para redução da mesma. A autora Miller (1997) afirma que muitas vezes a repressão aos maus tratos vividos levam as pessoas a destruir suas próprias vidas e de outrem, reproduzindo sofrimentos aos quais foram submetidas, cultuando sacrifícios, perdendo a sensibilidade.

As considerações apontadas neste manuscrito são relevantes pois embasada na Gestalt-terapia, são apontadas informações atualizadas sobre o fenômeno da violência contra mulheres e, de certa maneira, trabalha-se sobre aspectos que Gold e Zahm (2014) apontam como escassez de estudos empíricos da abordagem gestáltica aplicada à psicoterapia. Os autores indicam possibilidades

de temas a serem investigados como autoconsciência aumentada, qualidade do relacionamento terapêutico, qualidades inatas dos terapeutas, entre outros. De forma que refletir sobre o relacionamento terapêutico e a adesão aos princípios da relação dialógica como ferramentas clínicas viabilizam referenciar novas bibliografias e possibilita reflexões para outros profissionais da área acerca da equivalência destes casos por eles atendidos, oportunizando melhoria e intervenção para seus clientes.

O manuscrito é uma contribuição bibliográfica qualitativa, com reflexão em dados da literatura especializada, visando apontar reflexões sobre como algumas mulheres vivenciam o fenômeno da violência e destacando possibilidades de trabalho psicoterapêutico como estratégias de enfrentamento deste fenômeno. Para Turato (2005), as pesquisas qualitativas aplicadas à saúde buscam compreender o fenômeno estudado a partir do significado individual ou coletivo para aqueles que vivem ou são influenciados pelo fenômeno. O significado tem função estruturante na vida das pessoas, portanto viver a experiência de violência em relações amorosas e afetivas acaba introduzindo esta questão na forma como estes indivíduos irão organizar suas relações interpessoais presentes e futuras, inclusive os cuidados com a própria saúde.

Como justificativa para este estudo, procuro traçar discussões quanto aos instrumentos clínicos da abordagem gestáltica diante do fenômeno violência e que ainda que o acesso à psicoterapia seja restrito quando comparado ao quantitativo de pessoas diretamente afetadas cotidianamente pelas mazelas da violência, ainda assim o mínimo que puder ser feito já proporcionara importantes mudanças no enfrentamento deste fenômeno, constituindo importante compromisso social da ciência Psicologia (Alvim, 2022).

A perspectiva gestáltica traz a leitura do campo organismo/ambiente e o contato relacional o qual envolve dimensões socioculturais, física e animal ou vital, econômicas e políticas. Este posicionamento e pensamento contemporâneo implica em um movimento permanente de atenção crítica para o mundo em suas diversas dimensões (político-ideológica, econômica, tecnológica, cultural), o que significa considerar as transformações e repercussões na vida, na história, na sociedade e nos processos de subjetivação de nossos clientes e, desta maneira, atuar de forma crítica e engajada socialmente. (Alvim, 2022).

Mesmo que a pesquisa não resolva o problema da violência, através desta abre-se uma possibilidade de construir uma configuração epistemológica e

metodológica mais coesa e pertinente, e quiçá uma maneira de acolher sujeitos que sofrem violências diariamente.

Fenômeno violência

Alguns autores apontam as raízes históricas da violência como um fenômeno fundamental à sobrevivência humana frente aos perigos da natureza, contudo foi se transformando ao longo dos tempos deixando de ser uma agressividade necessária à hostilidade do mundo ao indivíduo (Hayeck, 2009; Odalia, 2012). Os seres humanos e a sociedade constroem-se mutuamente; há um permanente clima de desconfiança e luta no qual os sujeitos visam a sobrevivência a qualquer custo e da melhor forma possível.

Há violência sempre que, em uma situação de interação de um ou diversos protagonistas, ocorram atos danosos que podem evoluir desde a integridade física como também a moral, a nível cultural, a autoimagem, participação nas relações sociais, etc. (Michaud, 1989).

A violência é uma temática que corriqueiramente atravessa processos psicoterápicos como queixas iniciais ou como vivências de rotina nas relações interpessoais (Ferreira, 2010). Muitos afirmam já estarem acostumados e tratam o assunto com descaso ou desdém, como se nada lhe tivesse interferido (Miller, 1997), todavia pela analítica relacional da perspectiva fenomenológico-existencial, identificar e tornar-se *aware* das repercussões de um dado fenômeno na vida do sujeito torna-se premissa *sin ne qua non* para qualidade das experiências vividas em cada configuração existencial, bem como as possíveis consequências para o futuro (Cardella, 2002).

Conforme Odalia (2012, p. 22): “O ato violento não traz em si uma etiqueta de identificação. O mais óbvio dos atos violentos, a agressão física, o tirar a vida de outrem, não é tão simples, pois pode envolver tantas sutilezas e tantas mediações que pode vir a ser descaracterizado como violência [...]”. As diversas formas de violência também configuram situações de violência psicológica, que significa agir ou se omitir por meio de intimidação, manipulação, ameaça (direta ou indireta) gerando humilhação, isolamento ou qualquer outro prejuízo à saúde psicológica, autodeterminação ou desenvolvimento pessoal (Hirigoyen, 2006).

Pimentel (2013) dá especial destaque a violência psicológica exercida através da comunicação, considerando que a linguagem nomeia, qualifica ou

desqualifica pessoas envolvidas no processo de subjetivação com repercussões diretas para a autoestima e autoconceito de quem sofre a violência.

A partir de necessidades individuais, muitas vezes os indivíduos são tomados pela iniciativa de empreender diversos comportamentos como: agressões físicas, chantagens, uso de palavras ofensivas, desrespeito a individualidade, terrorismo, ciúmes/desconfianças, necessidade de controle, manipulação, pressão por resultados, submissão que nada mais são que exemplos cotidianos de situações de violência comumente ocorridos em relações amorosas (Miller, 1997). Conforme Pimentel (2013, p.20): “Na lógica interna da violência praticada por sujeitos está a irracionalidade, pensamentos desprovidos de autocrítica, de crítica social, de compreensão de campo, de consciência da existência do outro e/ou de si mesmo [...]”.

Os seres humanos, individualmente ou enquanto casal em relação afetivo/amorosa passam por crises existenciais, que podem gerar conflitos, momentos de tensão, dificuldades na comunicação, dentre outros problemas que emergem na tentativa de ter a consciência de si e de se oportunizar crescimento (Vale, 2011).

Fala-se de violência psicológica quando uma pessoa adota uma série de atitudes e de expressões que visa a aviltar ou negar a maneira de ser de uma outra pessoa. Seus termos e seus gestos tem por finalidade desestabilizar e ferir o outro [...] não se trata de um desvio ocasional, mas de uma maneira de ser dentro da relação: negar o outro e considerá-lo como um objeto [...] (Hirigoyen, 2006, p. 28).

Dentre as queixas de violência sofrida pelas mulheres que acompanho em psicoterapia, notei a diversidade de vivências, às vezes associando diferentes formas de violência como um padrão de relacionamento afetivo e /ou amoroso, o que não significa aqui estar falando somente de casal, mas também em relações de amizade, relações de poder/hierarquia nos ambientes de trabalho, experiência hetero ou homoafetivas, relações familiares, entre outros, muitas vezes apontando uma construção de relação que historicamente se baseia na violência.

Especificamente a respeito da violência sobre mulheres, a equipe do Atlas da Violência em 2022 do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) registrou aumento de 6,1% da taxa de homicídio de mulheres em residência. Só em 2018, 4.519 mulheres foram assassinadas, o que significa dizer que uma

mulher foi morta a cada 2h. Em 2019, 66% das mulheres assassinadas no Brasil eram negras. Estima-se que ocorram no Brasil 822 mil casos de estupro por ano. Desse total, mais de 80% são mulheres.

Entende-se, desta maneira, a importância de dar destaque a estudos que se afinem com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e no Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM). Neste importante documento há o entendimento de que mulheres constituem a maioria da população brasileira e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), de maneira que correspondem a um segmento social fundamental para as políticas de saúde (Brasil, 2015).

A Política Nacional traz como destaque as desigualdades históricas de poder entre mulheres e homens e os impactos dessas relações nas condições de saúde das mulheres, assim como são associados a este processo as diversas questões referentes às relações sociais de gênero, outras variáveis como raça, etnia, situação de pobreza, orientação sexual, idade como alguns dos fatores de acirram ainda mais as desigualdades descritas (Brasil, 2015). Produzir conteúdo científico para e a respeito do público mulheres é também dar visibilidade às diferentes propostas de intervenções que possam ser conduzidas para este recorte de população, com respeito aos estudos de gênero, por uma perspectiva crítica e engajada com esse público.

Abordagem gestáltica e instrumentos clínicos

Segundo Motta, Assis e Satelis (2020), a Gestalt-terapia constitui-se como uma psicoterapia dialógica, como uma clínica do encontro, tendo na abertura, presença e o uso da *epoché* pelo psicoterapeuta como elementos fundamentais para a relação dialógica, para isso fundamentando-se em estudos buberianos como constituintes de um referencial para a base existencialista da abordagem.

Hycner (1995) destaca que a forma como nos aproximamos das pessoas cria o contexto para a qual os outros também se aproximaram de nós, aberturas genuínas tendem a provocar respostas recíprocas. Também a forma como me aproximo do outro é a atitude como me aproximo de mim mesmo. Na vida humana, ambas formas de relacionamento existem e toda troca tem essas duas dimensões. A psicoterapia de base dialógica considera a totalidade do indivíduo, visando restaurar o relacional deste ser humano como um movimento de cura existencial genuína. Na Gestalt-terapia, ocorre uma clínica da relação, do encontro, do entre (Motta, Assis e Satelis, 2020).

Tradicionalmente a Gestalt-terapia já foi identificada como a perspectiva psicoterápica que apresentava inúmeras possibilidades de recursos técnicos para o processo, nomeando-os como experimentos (CARDELLA, 2002). A principal proposta é a tomada de consciência a partir da compreensão e aprendizado de si a partir de métodos experienciais no momento presente, aqui-agora, propiciado por recursos que facilitem o aguçamento da percepção (Perls, Hefferline e Goodman, 1997).

As ferramentas conceituais da Gestalt são certamente úteis, devendo ser usadas com a compreensão da Gestalt, do contrário podem ser usadas para apunhalar ou surrar alguém de forma inadequada e conseqüentemente prejudicial, como interromper o fluxo da conscientização ao invés de favorecê-lo. Os elementos teóricos são válidos para que os profissionais compreendam o que se passa com o cliente, especialmente embasados nos fundamentos: contato, fronteiras de contato, relação figura-fundo ou parte-todo, aqui-agora, noção de campo (Perls et al., 1997).

Como recursos psicoterápicos, a abordagem gestáltica apresenta um rol de técnicas e experimentos que favorecem ao cliente a oportunidade de entrar em contato consciente com suas dificuldades, ainda que dolorosas, traumáticas e há muito evitadas. Para Polster e Polster (2001), a situação clínica torna-se uma situação experimental a partir de experimentos gradativos que são sugeridos no processo.

Para Cardoso (2002), a escuta fenomenológica é aquela em que há o reconhecimento e priorização do conteúdo contido na fala do cliente, utilizando-se sempre da suspensão de valores, quando o profissional se posiciona a partir de pontuações fruto de suas observações e percepções, o que não significa julgamento. O psicoterapeuta se utiliza como meio, pois é através de sua escuta, permeada pela percepção dos seus próprios sentimentos, que este compartilha com o cliente, tanto ao que se refere a sua apreensão do discurso verbal como do não verbalizado.

Para Perls (1988), tudo o que o cliente faz, óbvio ou oculto, é uma expressão de si mesmo, então o profissional poderá usar instrumentos de trabalho para facilitar esta expressão, tais como: sonhos, imagens, fantasias, metáforas, simbolismos, filmes, músicas, novelas, livros, seriados, pinturas, objetos. Caso a pessoa não tenha abertura para trabalhar com qualquer um desses instrumentos, é responsabilidade do profissional criar outros meios que viabilizem o acesso do cliente sobre si como investigar elementos do próprio vestuário, preferências, como se movimenta no atendimento, expressões

verbais e não-verbais, tom de voz, escolhas de lazer, viagem, entre outros; tudo o que representa ou fala do cliente. A este respeito, Juliano, 1999, p.61) afirma:

Costumo trabalhar com metáforas, trechos de poesias, contos de fadas, mitos e vários outros recursos. Todos eles podem ser desenvolvidos segundo a descrição do trabalho com os sonhos, por serem da mesma natureza: são símbolos. A linguagem simbólica abre caminhos, alimenta a imaginação, nos reconecta com parcelas esquecidas do nosso ser.

O casal de autores Polster (2001) citam os experimentos assemelhando-os com uma forma artística, pois o sujeito envolvido não estaria simplesmente reproduzindo algo que poderia acontecer ou que já lhe aconteceu, mas tenta se ligar a sua realidade ao buscar expressar suas necessidades e sentimentos *in loco*, naquele momento presente, na psicoterapia. Como na afirmação: “[...] Só podemos nos lembrar de algo que vivenciamos conscientemente [...]” (Miller, 1997, p. 29).

O papel do psicoterapeuta é de atuar como apoio e segurança para o cliente, auxiliando-o com orientações, sugestões e encorajamento para que o cliente enfrente situações que lhe são sinônimos de sofrimento, mas que lhe trarão aprendizagem, esclarecimento e crescimento; segundo Perls (1988), atuando como um espelho de aumento. As técnicas favorecem ao cliente o emergir de suas vivências muitas vezes desconhecidas ou habitualmente repetidas na experiência cotidiana, das quais o cliente já nem mais se dá conta de como elas foram sendo construídas ou até mesmo do quanto interferem nas experiências atuais (Polster, Erving e Polster, Mirian 2001).

A amorosidade

O amor sempre foi caracterizado como essencial à existência humana e desta forma é uma das maiores buscas do ser humano ao longo de sua vida: amar e ser amado (Cardella, 1994).

Amarante (2020) tece importantes discussões a respeito de como amor romântico é construído historicamente embasado no patriarcado com influência de estereótipos sobre o lugar da mulher na relação amorosa. A autora resgata contos de fadas e filmes para análise de uma série de problemáticas que constituem alguns dos constructos da cultura da vulnerabilidade feminina, quando há uma massificação da ideia de que meninas devem ser delicadas como

princesas (europeias) à espera dos príncipes encantados para viverem uma linda história de amor, serem financeiramente sustentadas e terem seus problemas por eles resolvidos. Os meninos, em contrapartida, crescem com predomínio e valorização de força física, mínima sensibilidade, e naturalização da agressividade.

Utilizo das reflexões da autora para relacionar que muitas mulheres se tornam presas fáceis de relacionamentos abusivos, pois há uma cultura machista enraizada desde a infância, com narrativas de hierarquia de superioridade do masculino sobre o feminino, com romances adolescentes que também perpetuam aspectos neste sentido, como também comparece nas obras literárias infanto-juvenis que fizeram sucesso e se tornaram filmes como a “Saga Crepúsculo” e “50 tons de cinza” nos quais as mulheres protagonistas são tidas como frágeis e inseguras que conhecem homens bonitos e ricos como se estes fossem os atrativos principais que mulheres devessem buscar em homens (Amarante, 2020).

Nota-se haver uma mistura do desejo de ser cuidada e amada e a necessidade de encontrar um par idealizado que corresponda a esse amor almejado, de maneira que muitas mulheres se submetem a relações adoecidas e desrespeitosas baseadas em carência e idealizações.

Em minha experiência clínica, identifico que a atitude do psicoterapeuta tem significativa interferência na forma como o cliente passa a se ver e também como o cliente encara seu vivido de experiências traumáticas e de sofrimento, pois o contato com o psicoterapeuta amoroso facilita, ao cliente, perceber o “desamor” próprio vivido em suas relações consigo próprio e com o meio. “A aliança com o terapeuta torna possível a gradativa restauração do diálogo que, por algum motivo na história desse cliente, ficou interrompido” (Juliano, 1999, p. 65).

Utilizo-me das ponderações de Cardella (1994) que afirma haver um “amor terapêutico”, que diferentemente das demais formas de amor – fraterno, materno, erótico, etc. - representa uma manifestação amorosa por parte do psicoterapeuta para seus clientes que ocorre nos encontros entre ambos, e que, como tal, representa importante - quiçá primordial - base para o trabalho psicoterápico; a principal importância estaria na facilitação do desenvolvimento do potencial de amor do cliente.

Segundo Motta, Assis e Satelis (2020) atitudes como estar disponível e a qualidade de presença do psicoterapeuta evidenciam uma entrega do

profissional ao reino do entre, o campo do intersubjetivo, de forma que esta abertura para o mundo fenomenológico do outro viabiliza que o belo emerja.

Na relação terapêutica, o profissional entra no processo junto com o cliente, o processo da vida/da troca, a fim de tentar juntos perceber e trabalhar o que não está bem em sua vida e também de participar de sua existência, estando próximo em todos os momentos, para que ele se sinta acompanhado. Cardella (1994) crê que esse estado amoroso do psicoterapeuta se caracteriza pela integração e diferenciação da personalidade dele próprio e do cliente, permitindo ao profissional vê-lo, percebê-lo e aceitá-lo tal qual ele é, e ainda colocando-se à disposição do mesmo para funcionar como instrumento de seu crescimento pessoal.

De acordo com Andrade (2014), 'suporte' é o termo utilizado para se referir aos recursos desenvolvidos pelas pessoas a serviço de si e de outros, sendo fundamental para o contato. Em Gestalt-terapia compreende-se dois tipos: autossuporte e heterossuporte, também podendo ser nomeados de autoapoio e apoio ambiental, respectivamente. Heterossuporte é metaforicamente o uso de muletas que, no momento de compreensão de que não se faz mais uso das mesmas, é possível abandonar as muletas e andar com as próprias pernas.

Em um processo terapêutico, o psicoterapeuta atua como heterossuporte do cliente em seu processo de reconhecimento de si, suas dores e possibilidades. Desta forma, fortalece seu próprio poder e capacidade de lidar com suas questões, progressivamente, estabelecendo suas próprias ferramentas, autossuporte.

Tudo o que ocorre neste *setting* é percebido como mais seguro, ainda que seja uma réplica de parte do mundo externo representado na pessoa do psicoterapeuta. O psicoterapeuta, com sua amorosidade, ensina o cliente a andar por lugares anteriormente assustadores como se o contexto do atendimento fosse um local seguro para se permitir ir aos lugares obscurecidos simplesmente por estar na companhia (segurança) do psicólogo.

Neste encontro existencial, o profissional e o cliente são transformados continuamente, no permanente movimento de troca e aprendizado. O psicoterapeuta se apresenta aberto, disponível e atento em qualidade de presença para o cliente, que chega a todos os encontros de uma nova forma, porque também se encontra diariamente constituindo-se em movimento de completude e vivência de novas experiências (Juliano, 1999). Como sujeito ativo na relação, a presença do psicoterapeuta faz parte do cuidado relacional

com o cliente, disponível pro encontro existencial e presente para o desvelar do entre. (Motta, Assis e Satelis, 2020).

É através do estado de ser amoroso que o psicoterapeuta proporciona um clima propício para que o cliente possa ouvir, ver, compreender, aceitar e amar a si mesmo. Contudo, o cliente só poderá “receber” este amor se ele próprio estiver disposto; em estado amoroso (Cardella, 1994).

A relação estabelecida não poderá ser uma relação forçada, deve ser genuína, do contrário representaria outra forma de violência, diante das tantas outras já experimentadas pelo cliente em suas relações cotidianas. Motta, Assis e Satelis (2020), na pesquisa realizada com cinco profissionais, identificaram que algumas vezes as mesmas não compreendiam a realidade da relação dialógica quando, por exemplo, alimentavam algum tipo de expectativa de abertura do cliente – quando na verdade deve haver aceitação de como ele consegue estar em relação -, ou quando notavam que o foco da sessão estava ora no cliente, ora no psicoterapeuta, o que descaracteriza o princípio exímio do dialógico.

O princípio dialógico-relacional de Martin Buber aponta que um encontro existencial entre dois seres humanos pode ser considerado uma relação dialógica por ocorrer ‘algo’ entre estes, que será considerado como o amor, na relação EU-TU. Neste encontro, cada um dos seres envolvidos será ‘tocado’ e sairá diferente do mesmo. Presença entendida como presentificar e ser presentificado. Cada gesto, fala, emoção se constitui em um contato, portanto toca as duas partes implicadas no mesmo e nesta interação ambas as partes se modificam (Cardella, 1994).

O papel do psicoterapeuta sempre será o de auxiliar o cliente a investir toda sua atenção e energia para a autoconsciência, a estar *aware* de si e compreendendo como faz o que faz. É o que ocorre quando o cliente espontaneamente fala o que pensa e sente sem analisar criticamente, ou sem se importar com a escuta/visão crítica de seu interlocutor, porque neste momento está priorizando se expressar livremente (Cardoso, 2002).

Esta possibilidade pode ser entendida como uma aliança terapêutica, na qual profissional e cliente estão juntos, vinculados, em um processo que visa à melhoria de estados emocionais do cliente, mas também de incomensurável crescimento para o profissional a cada encontro.

O processo psicoterápico proporciona um espaço em que o cliente passa a se oportunizar, se ouvir, mesmo que diante de alguém que lhe é alheio. Talvez pelo dia a dia tão acelerado e tão comumente desligado/desconectado de si mesmo - contudo extremamente conectado com o mundo externo, as pessoas

pouco se percebem. Precisam parar em um espaço reservado para a escuta, custeado e oficial para exercitar aquilo o que já não conseguem mais fazer sozinhos. Nesta perspectiva, Seibt (2013) afirma que na atualidade os seres humanos estão cada vez mais atordoados com atividades e prazos que emudecem diante de questões que envolvam maior responsabilidade e reflexão sobre a própria existência. O homem moderno se dessensibilizou a si mesmo para tudo (Perls, 1988).

O psicoterapeuta, quando amoroso, reflete os conflitos e também as potencialidades do cliente. Todavia, ainda que se perceba aceito, valorizado e amado pelo psicoterapeuta, muitas vezes pode permanecer rejeitando-se, desprezando-se, desvalorizando-se. Muitos já sofreram tantas violências ao longo de sua vida que já não se permitem ser amados e surpreendem-se diante da compreensão do outro. Muitos clientes verbalizam ser estranho ser tratado com carinho quando, na contemporaneidade, privilegia-se o egoísmo e satisfação exclusiva de suas próprias necessidades (Boff, 2011). “O paciente [...] A partir de suas lembranças, ao lutar por seus direitos, ele espera e teme ser descartado, repellido, punido, vivenciando a cada vez a libertação de ter suportado o risco, mantendo-se fiel a si mesmo. [...]” (Miller, 1997, p. 27).

No encontro estabelecido no aqui-e-agora do momento terapêutico, na relação entre psicoterapeuta e cliente, há a expressão de cuidado por parte do psicoterapeuta que tem potencial de favorecer a ampliação de consciência do cliente, no sentido de favorecer algum nível de ampliação de consciência e, por conseguinte, abertura de possibilidade à (re) significação de vivências. Acredito que o contato conduz ao maior e melhor conhecimento de si, posto que necessariamente ocorre no entre, na fronteira de contato, reverberando sensações e sentimentos. (Cardella, 2002; Yontef, 1998).

A relação terapêutica deve primar pela honestidade, mas dita de forma respeitosa para com o tempo do cliente em absorver e assimilar as impressões do psicoterapeuta. O profissional, por sua vez, não deve desistir de sua crença no potencial do ser humano em melhorar; em seu reestruturar. Ele deve confiar no potencial do cliente para a autorrealização. Isso representa o amor incondicional o qual o cliente tanto busca em suas relações amorosas, mas que por inúmeras razões, não encontra e já está desacreditado no mesmo (PERLS, 1988).

Segundo Boff (2011), cuidar é mais que um ato; é uma atitude que envolve preocupação, responsabilização, envolvimento afetivo com o outro, zelo, solicitude, diligência. O cuidado somente acontece quando uma pessoa tem

importância para o outro, então quando o cliente é entendido como alguém que necessita de amor, o profissional se dedica e quer acompanhá-lo. De acordo com Motta, Assis e Satelis (2020, p.389), “[...] a gestalt-terapia é convocada a ser a clínica da restauração de contatos, da consumação de humanidades na relação Eu-Tu.” E ainda prosseguem afirmando: “Essa abordagem que privilegia o contato genuíno revela-se como possibilidade de restauração para uma sociedade em que há falência do verdadeiro viver.” (idem)

O amor não está ligado ao Eu de tal modo que o Tu fosse considerado um conteúdo, um objeto: ele se realiza, entre o Eu e o Tu. Aquele que desconhece isso, e o desconhece na totalidade de seu ser, não conhece o amor, mesmo que atribua ao amor os sentimentos que vivencia, experimenta, percebe, exprime. O amor é uma força cósmica. Àquele que habita e contempla no amor, os homens se desligam do seu emaranhado confuso próprio das coisas; bons e maus, sábios e tolos, belos e feios, uns após outros, tornam-se para ele atuais, tornam-se Tu, isto é, seres desprendidos, livres, únicos, ele os encontra cada um face-a-face. A exclusividade ressurgue sempre de um modo maravilhoso; e então ele pode agir, ajudar, curar, educar, elevar, salvar [...] (Buber, 2001, p.51-52).

Uma importante atitude de amor e respeito pelo cliente é que o psicoterapeuta saiba identificar quando não está disponível o suficiente para estar com o outro. Saber se respeitar, preservar e proteger também corresponde a atitudes amorosas, já que assim promoverá a autenticidade e congruência com si próprio, e maior disponibilidade para atuar como instrumento do outro (Juliano, 1999).

O posicionamento amoroso do psicoterapeuta favorece que o cliente possa estar *aware* de suas reais necessidades, sentimentos e modos de ser, e assim encontrar novas possibilidades de viver e relacionar-se amorosamente com os demais, ambos utilizando-se de atitudes como: empatia, respeito, congruência, autenticidade, fluidez, responsabilidade, desapego, autossuporte, etc. (Cardella, 2002).

Em Flores e Flores Bayma (2018) há destaque de como o cuidado pode ser entendido como atenção e desvelo com o outro, partindo-se do pressuposto de que o cuidado é uma necessidade primária ao desenvolvimento humano, atitude facilitadora das aquisições processuais das funções motora, cognitiva e psicológica. Portanto, dimensão fundamental à compreensão de si-no-mundo.

Para as autoras, uma compreensão psicológica acerca do ato de cuidar, na perspectiva fenomenológica-existencial, que necessariamente inclui a consciência de si e do outro para que se realize, realçando a dimensão relacional, intersubjetiva; é no “entre”, na fronteira de contato/encontro de duas existências que a experiência de cuidado acontece. (Flores e Flores Bayma, 2018). A este respeito, para Motta, Assis e Satelis (2020, p.390):

Trata-se de um trabalho artístico que exige do artista-terapeuta pinceladas misteriosas. Essas pinceladas requerem da pessoa do terapeuta uma atitude cuidadosa e atenta para as infinitas possibilidades que podem emergir no contexto psicoterapêutico. O cliente constitui-se também como artista, autor das suas histórias e expositor de suas fragilidades e de sua humanidade. Portanto, é no encontro entre o artista-terapeuta e o artista-cliente que se dão os mistérios da relação dialógica .

Por acreditar nesse potencial de amor terapêutico (Cardella, 1994) e cuidado para efetivação de mudanças individuais, tenho buscado estudar e aprofundar em diferentes caminhos para o resgate de si, do amor-próprio. Em Leite (2023) conto uma parte desta jornada que é pessoal, mas estendeu-se para um diálogo com minha intervenção profissional, quando compreendo que mudanças vivenciadas em mim pela integração de partes alienadas de mim me propiciaram uma vivência mais integrada enquanto totalidade em relação campo organismo/meio.

No estudo em que destaco uma parte desta construção de trabalho e formação de um objeto de estudo delimitado em que defendo a dança do ventre como uma ferramenta de trabalho para autoconhecimento, compartilho propostas de palestras e oficinas já realizadas nas quais descrevo que meu lugar de partida se encontra na premissa de (re)conexão com o corpo. A vivência da dança do ventre por parte de mulheres é apontada como experiências reais de vivência corporal e, conseqüentemente, consciência de si pelo corpo que, também, é o próprio ser. (Leite, 2023).

Em Leite e Seibt (2022) já havia apontado o potencial de trabalhos de outras profissionais da dança do ventre que na região norte do Brasil, especialmente no Pará, tem constituindo experiências outras profissionais (de outras formações como professora e arte educadora) que efetivamente ressaltam o trabalho terapêutico desenvolvido com mulheres utilizando da dança do ventre como ferramenta. No referido artigo, destaco o quanto acredito no viés

terapêutico proporcionado pela dança do ventre, buscando desenvolver como este caminho pode vir a ser trabalho de forma psicoterápica na proposta de estimulação corporal, instigar novas experiências, prevenção e/ou recuperação da saúde mental.

Estas vivências encontram-se afinadas com as afirmativas de Rhyne (2000) de que técnicas de terapia não-verbal são valiosas, principalmente pelo trabalho com memórias sensoriais. A autora acredita que a experiência gestáltica da arte é o eu pessoal em uma forma de expressar sentimentos muitas vezes não reconhecidos (alienados da consciência). Pela arte são expressas emoções que não podem ser comunicadas por palavras, pois a partir de exercícios de movimento, consciência corporal, psicodrama ou outros métodos, há uma efetiva estimulação de sensações encobertas a respeito de situações vividas ou até reprimidas.

Considerações Finais

Todo processo de violência é uma experiência vivida na fronteira de contato organismo-meio. Como tal, é parte da constituição do sujeito e com muitas repercussões para a história de vida deste e a forma como poderá se relacionar com as pessoas a partir disso. Muitos podem assimilar a experiência e guardá-la saudavelmente no rol de lembranças, e seguir com a vida como se nada houvesse lhe ocorrido.

Outros, no entanto, podem passar muitos anos se retroalimentando de energias ruins vivenciadas no contato organismo-meio e que, na atualidade, fazem com que ela própria já se violente, por lembranças e/ou por se submeter a relações amorosas em que naturaliza a violência, perdendo o amor por si, perdendo suas próprias referências sobre o que é o ideal para sua saúde e seu bem estar geral, perdendo a autenticidade do seu *self*.

O psicoterapeuta é um cuidador, sendo o cuidar uma complexidade de atos que envolvem e colocam o ser dentro de um contexto como “atenção”, “cautela”, “desvelo” e se apresenta como uma relação Eu-Tu pois perpassa por um encontro genuíno construído entre duas pessoas. Eu acredito no amor como responsabilidade de um Eu para com um Tu. O relacionamento amoroso que posso alimentar terapeuticamente com minhas clientes pode ajudá-las a compreender e se perceberem dignas de afeto, cuidado, amor.

Em uma contemporaneidade tão carente de vida dialógica, na qual as pessoas têm dificuldades de estabelecer contatos plenos, a psicoterapia gestáltica

configura-se como um importante dispositivo que viabiliza o amor pelo outro, encontros genuínos.

O processo psicoterápico que proponho a cada mulher, em sua singularidade e recorte atual do seu momento de vida prima atuar na análise das estruturas internas da experiência trazidas por estas mulheres para o processo, entendendo aqui que são experiências escolhidas para serem abordadas em voz alta em sessão clínica. Cada intervenção e manejo clínico acontece no intuito de auxiliar estas mulheres a compreenderem como o que está sendo lembrado é lembrado, como o que é dito é dito para além do conteúdo abordado em comunicação verbal, mas também o som, a música, as hesitações, toda a realidade que está além das palavras e que são expressadas no aqui-agora na relação comigo enquanto sua interlocutora/ouvinte.

Em processo psicoterápico, muitas mulheres que viveram diversos tipos de violência têm a oportunidade de resgatar seu amor próprio, o autocuidado, a sua percepção de ser importante para si mesma acima de qualquer relação, o que inicialmente é viabilizado pela postura do profissional psicoterapeuta que se apresenta como alguém que cuida, acolhe e respeita essa mulher, lembrando-da da necessidade dela própria ter atitudes de amor consigo mesma; será apenas a porta de entrada para que esta recupere sua auto imagem e fortaleça sua autoestima como alguém digna de valor.

Nesta perspectiva, defendo e agencio a amorosidade como um importante instrumento de trabalho, ancorado na atitude de acolhimento, respeito e cuidado para cada mulher que encontra comigo em contato terapêutico.

Referências

ALVIM, Mônica Botelho. Elementos para pensar uma gestalt-terapia (realmente) crítica e política. In: ALVIM, Mônica; BARROS, Paulo; ALENCAR, Silvia; BRITO, V. (orgs.). **Por uma Gestalt-terapia crítica e política**: relações raciais, gênero e diversidade sexual [recurso eletrônico]. Vozes em letras. v.2. Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2022. Disponível em: <http://www.editorafi.org>.

AMARANTE, Alice Cáritas Almeida. A romantização do abuso pelas histórias de ficção. **Gênero na Amazônia**, Belém, n. 16-18, jul./dez., 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/generoamazonia/article/view/13300>

Capítulo 20 - Amorosidade na psicoterapia: manejo clínico de mulheres para enfrentamento da violência

ANDRADE, Celana Cardoso. Autossuporte e heterossuporte. In: FRAZÃO, L.C. Meyer; FUKUMITSU, Karina Okajima. (orgs.). **Gestalt-terapia: conceitos fundamentais**. Coleção Gestalt-terapia: fundamentos e práticas 2. São Paulo: Summus, 2014.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra**. 17. ed. Petrópolis – RJ: Vozes, 2011.

BORBA, Jean Marlos P.; SILVA, Lidiane Verônica C. da; OLIVEIRA, Thayane Cristhine A. A escuta na clínica fenomenológica e os fundamentos da fenomenologia husserliana. In: PIMENTEL, Adelma; LEMOS, Flávia; NICOLAU, Roseane. (orgs.). **A escuta clínica na Amazônia**. v.1. Belém: Universidade Federal do Pará, 2017.

BRASIL. Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM e Plano Nacional de Políticas para as Mulheres – PNPM. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos, Secretária Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília: 2015

BUBER, Martin. **Eu e Tu**. (N. A. V. Zuben, Trad.). São Paulo: Centauro (originalmente publicado em 1923), 2001.

CARDELLA, Beatriz. **O amor na relação terapêutica: uma visão gestáltica**. São Paulo: Summus, 1994.

_____. **A construção do psicoterapeuta: uma abordagem gestáltica**. São Paulo: Summus, 2002.

CARDOSO, Claudia Lins. A escuta fenomenológica em Psicoterapia. **Revista do VIII Encontro Goiano de Abordagem Gestáltica**. ITGT (org.). n. 8, p. 32-36, 2002.

FERREIRA, Wanderlea Nazare Bandeira. **(In)visíveis sequelas: violência psicológica contra a mulher sob o enfoque gestáltico**. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Pará – UFPA, Belém, Pa, Brasil. 2010. Recuperado em: www.ppgp.ufpa.br/dissert/Wanderlea.pdf.

Capítulo 20 - Amorosidade na psicoterapia: manejo clínico de mulheres para enfrentamento da violência

FLORES, Andréa; FLORES BAYMA, Roberta Bentes. A potência de cuidado no teatro dádivo: diálogo entre teatralidades e a gestalt-terapia. **Rev. Nufen: Phenom. Interd.**, Belém, v. 10, n. 4, 160-176, janeiro/abril, 2018.

GOLD, Eva; ZAHM, Stephen. A necessidade de pesquisa em Gestalt-terapia. In: BROWNELL, Philip. **Manual de teoria, pesquisa e prática em Gestalt-terapia**. Tradução de Maria Oneide Willey. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

HAYECK, Cynara Marques. Refletindo sobre a violência. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. a. 1, n. 1, jul., 2009. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10353>

HYCNER, Richard. **De pessoa a pessoa: psicoterapia dialógica**. [tradução Elisa Plass Z. Gomes, Enila Chagas, Márcia Portella]. São Paulo: Summus, 1995.

HIRIGOYEN, Marie France. **A violência no casal: da coação psicológica à agressão física**. Tradução de Maria Helena Kuhner. RJ: Bertrand Brasil, 2006.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Atlas da Violência contra Mulher**. Brasil, 2022. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes>

JULIANO, Jean Clark. **A arte de restaurar histórias: o diálogo criativo no caminho pessoal**. São Paulo: Summus., 1999.

KEPNER, James I. **Proceso corporal: un enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia**. pref. Por Joseph C. Zinker; tradução por Jorge Abenamar Suárez Arana. 1a. ed., reimp. México: Editorial El Manual Moderno, 2000.

LEITE, Ana Paula Chagas Monteiro; SEIBT, Cezar Luís. A dança do ventre como autocuidado: respeito, acolhimento, reconhecimento. **Gênero na Amazônia**, Belém, n. 22, jul./dez., 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/generoamazonia/article/view/13462>

Capítulo 20 - Amorosidade na psicoterapia: manejo clínico de mulheres para enfrentamento da violência

_____. A integração eu-corpo na dança do ventre: relato de uma formação. In: PEDROSO, Janari da Silva; SILVA, Carolina Ventura; BRANDÃO, Fernando Mateus Viêgas. (orgs). **Ciência da palhaçaria: estudos teóricos e práticas em saúde mental**, 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2023. 189 p. (Série Saúde Mental Coletiva, v.8).

MICHAUD, Yves. **A violência**. Série Fundamentos. 57. São Paulo: editora Ática. Tradução de L. Garcia, 1989.

MILLER, Alice. **O drama da criança bem dotada: como os pais podem formar (e deformar) a vida emocional dos filhos**. ed. rev. e atual. São Paulo: Summus, 1997.

MOTTA, Hinayana Leão; ASSIS, Gustavo Alves Pereira de.; SATELIS, Leila Ribeiro. A Gestalt-Terapia como clínica do encontro: compreendendo a relação dialógica. **Phenomenological Studies - Revista da Abordagem Gestáltica**. V. XXVI-Especial, p.382-392, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672020000400004

ODALIA, Nilo. **O que é violência**. Coleção Primeiros Passos. 6.ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 2012.

PERLS, Friederich. **A abordagem gestáltica e testemunha ocular da terapia**. 2.ed. Rio de Janeiro: editora LTC, 1988.

_____; HEFFERLINE, Ralph; GOODMAN, Paul. **Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 1997.

PIMENTEL, Adelma. Pesquisa exploratória da violência psicológica por meio da linguagem. **Filol. linguíst. port.**, São Paulo, v.15, n.1, Jan./Jun, p. 7-26., 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/flp/article/view/76190>

POLSTER, Erving.; POLSTER, Mirian. **Gestalt-terapia integrada**. São Paulo: Summus, 2001.

Capítulo 20 - Amorosidade na psicoterapia: manejo clínico de mulheres para enfrentamento da violência

RHYNE, Janie. **Arte e Gestalt: padrões que convergem**. São Paulo: Summus, 2000.

SEIBT, Cezar Luís. Solidão como processo de educação e de apropriação de si. **Acta Scientiarum. Education**. Maringá, v. 35, n. 1, p. 97-103, Jan.-June, 2013. Disponível em:
<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciEduc/article/view/17282>

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*. v. 39, n.3, p. 507-514, 2005.

VALE, Kamilly Souza do. **A relação conjugal em debate: uma análise gestáltica** (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Pará – UFPA, Belém, Pa, Brasil. 2011. Recuperado em:
http://www.ppgp.ufpa.br/dissert/Kamilly_Vale.pdf

_____. **Psicoterapia gestáltica de grupo com casais em situação de violência conjugal**. Tese de Doutorado (Doutorado em Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém, PA). 2018. Disponível em:
<https://ppgp.propesp.ufpa.br/ARQUIVOS/teses/TESE%20KAMILLY%20SOUZA%20DO%20VALE.pdf>

YONTEF, Gary M. **Processo, diálogo, awareness: ensaios em Gestalt-terapia**. 2.ed. São Paulo: Summus, 1998.

Capítulo 21

Transtornos mentais em pessoas que vivem com HIV/Aids na América Latina

Ana Cláudia Pimentel
Roger Flores Ceccon

Introdução

Desde o início da epidemia de HIV/Aids, no ano de 1981, a doença apresentou associação com transtornos e adoecimentos mentais (Malbergier, 2001). O sofrimento psíquico decorrente do HIV/Aids pode ser evidenciado pela alta prevalência de transtornos mentais nesse grupo populacional, que chega a ser o dobro da população geral (Sadock, 2007).

Evidências sugerem que o HIV, por ser neurotrópico, torna comum complicações neuropsiquiátricas em indivíduos infectados durante todas as fases da doença. Ademais, apesar dos avanços na terapia antirretroviral (TARV), alguns fármacos possuem efeito neurotóxico, podendo levar a sintomas de mania, depressão e psicose (Abers; Shandera; Kass, 2010). Dessa forma, considerando as 38 milhões de pessoas que vivem com HIV/Aids no mundo (UNAIDS, 2021), complicações neuropsiquiátricas sob a forma de transtornos mentais ainda ocorrem em até 50% dessa população, na maioria das vezes não diagnosticadas e não tratadas (Olishah, 2011).

O estigma e o preconceito sofridos pelas pessoas que vivem com HIV/Aids também contribuem para o aparecimento de psicopatologias. Para a sociedade, o diagnóstico positivo para a infecção ultrapassa o âmbito biomédico e perpassa valores morais, carrega julgamentos e adentra o campo psicológico, trazendo um conjunto de sentimentos como sofrimento, desespero, insegurança e medo. Isso porque a sociedade, historicamente, vincula a infecção pelo HIV a transgressões comportamentais e associa a doença a um comportamento sexual promíscuo, impróprio e negligente. Nesse contexto, é comumente encontrado no sujeito um conflito emocional carregado de vergonha, tristeza, abandono e rejeição (Waidman, 2011).

Nos países da América Latina, esse cenário é mais evidente, pois os índices de desigualdade, discriminação e estigma encontram-se aumentados (UNAIDS, 2021). O acesso desigual ao sistema de saúde traz implicações clínicas, e o preconceito intensifica o contato do indivíduo afetado com fatores propulsores de sofrimento psíquico, tornando-o vulnerável a desenvolver psicopatologias, especialmente transtornos depressivos e ansiosos (Kessler *et al.*, 2007). A maior taxa de prevalência de depressão em pacientes que vivem com HIV/Aids é na América Latina, com 44% (Rezaei, 2019).

Este estudo se justifica pelo fato de que tanto o HIV/Aids quanto as doenças psiquiátricas se constituem como importantes problemas de saúde pública na América Latina e em outros países do mundo, e a realização de investigações críticas acerca dessa temática pode contribuir para a busca de diferentes maneiras de entendê-las e melhor manejá-las.

Este estudo objetivou analisar a literatura científica indexada em bases nacionais e internacionais sobre os transtornos mentais de pessoas que vivem com HIV/aids no período de 2012 a 2022 na América Latina.

Metodologia

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, técnica que busca a compreensão de temas ao incluir, simultaneamente, pesquisas com diferentes abordagens metodológicas (Souza, 2010). Para tanto, seguiu-se os seis passos para a elaboração da revisão integrativa: elaboração da pergunta norteadora; busca na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos; discussão dos resultados; e apresentação da revisão integrativa.

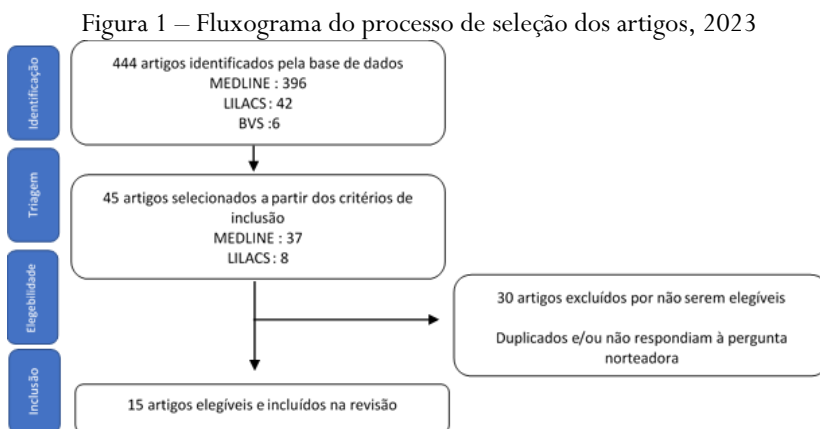
O trabalho foi conduzido pela seguinte questão norteadora: Como a literatura científica nacional e internacional tem discutido os transtornos mentais de pessoas que vivem com HIV/Aids nos últimos 10 anos?

Para identificar as publicações que fizeram parte desta revisão, foram realizadas buscas online no dia 20 de outubro de 2022, por dois pesquisadores independentes, em três bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MedLine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS: <https://bvsm.sau.gov.br>) e *Latin American and Caribbean Health Sciences Literature* (LILACS: <https://lilacs.bvsalud.org/en/>).

Para a busca dos estudos, foi utilizada a seguinte chave de busca: "Transtornos mentais" AND "HIV" OR "Síndrome de Imunodeficiência Adquirida" AND "América Latina".

Utilizou-se como critérios de inclusão artigos envolvendo a temática dos transtornos mentais em pessoas que vivem com HIV/Aids disponibilizados na íntegra e publicados entre 2012 e 2022. Foram excluídos os artigos duplicados nas bases de dados e/ou que não abordaram a temática.

Foram encontrados 444 artigos nas bases de dados, dos quais 14 atenderam aos critérios de inclusão e foram inseridos em uma planilha elaborada pelos autores no programa *Numbers*, do *software* IOS. Os artigos foram organizados de acordo com título, autores, população, país, idioma, ano de publicação, metodologia e resultados. A Figura 1 mostra o fluxograma do processo de seleção dos artigos. Posteriormente, foi realizada análise crítica dos estudos selecionados e uma síntese dos resultados encontrados que respondessem à pergunta norteadora.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2023

Resultados e discussão

Neste estudo, a maioria dos artigos analisados foi publicada no idioma inglês (80%) e em periódicos da área médica. Quanto ao local de estudo, priorizou-se países originários da América Latina, como Brasil, Argentina, Guatemala e Colômbia.

No que tange ao delineamento metodológico das pesquisas inseridas na revisão, do tipo "estudo transversal" representaram a maioria, seguido pela revisão sistemática. Houve apenas um estudo longitudinal e um ensaio

randomizado. O quadro 1 apresenta a síntese dos artigos selecionados quanto aos autores, local do estudo e principais resultados e conclusões.

A análise crítica dos 14 estudos encontrados na literatura científica acerca dos transtornos mentais em pessoas que vivem com HIV/Aids evidencia associação entre a infecção e os sofrimentos psíquicos. Os artigos demonstraram que a sintomatologia depressiva está presente em aproximadamente 35% a 40% dessa população e é um dos principais transtornos mentais encontrados. Alguns artigos mencionam que a prevalência de depressão maior chega a ser duas vezes mais frequente quando comparada à população geral. Além disso, o transtorno de ansiedade generalizada também é comumente encontrado em pessoas que vivem com HIV/aids, chegando a afetar 25 a 30% dessa população.

Entre os artigos, a presença dos transtornos psiquiátricos produz evolução mais rápida da infecção por HIV, menor adesão ao tratamento e maior risco para suicídio. Alguns estudos também abordaram a negação ao diagnóstico de HIV, sua relação direta com transtornos mentais e os prejuízos advindos.

Os resultados que emergiram dos 14 artigos inseridos nesta revisão foram categorizados em três seções, que discutem a relação entre transtornos mentais com a (1) rejeição ao diagnóstico de HIV/Aids; a (2) adesão ao TARV; e a (3) ideia suicida.

Rejeição ao diagnóstico de HIV/Aids e sofrimento psicológico

Alguns estudos analisados nesta revisão apontaram a rejeição ao diagnóstico de HIV/Aids como estratégia de enfrentamento que indica sofrimento psicológico. No estudo de Cecchini (2009), houve associação entre evitação, depressão e menor motivação. Esta pesquisa demonstrou que mais de 50% das pessoas que vivem com HIV/Aids e que negam seu diagnóstico possuem sintomatologia positiva para transtornos mentais; 43,8% relatou experienciar sintomas depressivos e 53,7% relatou sintomas ansiosos. Também foi mencionado que a negação ao diagnóstico prediz baixas taxas de adesão ao TARV (Chenerack, 2018). Em um estudo argentino, com 162 mulheres, evidenciou-se que 90 participantes relataram não tomar os medicamentos no momento da entrevista, e a razão mais comum foi o enfrentamento baseado na evitação – a participante não queria pensar em ter HIV – sendo responsável por 35,5% das respostas (Cecchini, 2009). Além disso, há influência do transtorno mental na decisão de negar o diagnóstico de HIV.

As estratégias de enfrentamento ao HIV são frequentemente descritas como “de evitação/negação” ou “ativas/com abordagem” (Tarakeshwar, 2005). O enfrentamento evitativo pode ser definido como um tipo de estratégia comportamental ou cognitiva inconsciente que age para ignorar o HIV ou outros métodos potenciais para lidar com a infecção. Essa estratégia usa retração, distanciamento, evitação, inércia e distração prolongada (como uso de substâncias) como maneiras de negar o diagnóstico. O enfrentamento evitativo, porém, não altera a resposta emocional do indivíduo aos estressores relacionados ao HIV. Em oposição, o enfrentamento ativo tenta gerenciar o HIV por meio de uma orientação de abordagem, que inclui técnicas de resolução de problemas, reenquadramento cognitivo e busca de apoio social para refletir diretamente, aceitar sem julgamento e lidar com o estresse relacionado ao HIV (Penedo, 2003).

Qualquer estratégia de enfrentamento será empregada consciente ou inconscientemente quando um indivíduo a considera capaz de produzir o resultado desejado e quando um indivíduo acredita que será capaz de implementar a estratégia de enfrentamento, conceito definido por Bandura como “autoeficácia” (1994). Em diversas amostras, a baixa autoeficácia foi associada tanto à depressão quanto ao enfrentamento evitativo entre pessoas que vivem com HIV.

Os artigos analisados apontaram que o enfrentamento evitativo é comum e está associado a inúmeros fatores cognitivo-emocionais que acompanham o diagnóstico de HIV (Cecchini, 2009). Estresse, estigma, medo, discriminação e não-aceitação por parte da sociedade geram, no indivíduo, sobrecarga psíquica que afeta a forma como este enfrenta sua doença. As consequências do impacto do diagnóstico do HIV/aids já foram estudadas e, de acordo com Ferraz e Stefanelli (2001), foram percebidas como amedrontadoras e identificadas pelo medo do desconhecido, do processo de morrer, da morte iminente, ou relacionadas à perda social do sentido da vida, do afeto, da companhia de familiares e dos parceiros sexuais.

Para Souza e Shimma (2002), a descoberta do diagnóstico do HIV provocou culpabilização, provocada pelo estigma, que transformou a percepção da própria identidade por si mesmo e pelos outros. A percepção da Aids como uma infecção “comum” foi alterada assim que o paciente se viu contaminado pela doença. A partir daí, predominou, na maioria, intenso sofrimento, angústia, medo e tristeza. É nesse contexto que a instalação de quadros psicopatológicos se evidencia. Em pesquisa realizada com mulheres infectadas pelo HIV, 28% da

amostra apresentou algum episódio de depressão após o conhecimento da sorologia positiva (Malbergier, 2001).

Quando há intersecção entre diagnóstico de HIV, instabilidade emocional e sofrimento psíquico, a negação à infecção é frequente. Estudo demonstrou que o enfrentamento evitativo frente ao diagnóstico possui relação direta com a sintomatologia depressiva (Cecchini, 2019). Uma meta-análise de 37 estudos mostrou que o enfrentamento evitativo prediz afeto negativo, que inclui depressão e outros transtornos do humor (Moskowitz, 2009). Em estudo de Clement e Schonnesson (1998), o enfrentamento evitativo previu 70% da variação do humor deprimido entre pessoas vivendo com HIV, e, em uma pesquisa anterior com homens com a doença, o enfrentamento baseado na evitação foi associado à depressão, baixa autoeficácia e chances reduzidas de revelação do status sorológico (Chenerack, 2018).

A negação à doença é uma estratégia desadaptativa e geradora de ansiedade, usada para evitar lidar com estressores relacionados ao HIV. A causa dessa relação já foi estudada e estudos demonstram que suprimir pensamentos e emoções negativas pode ser contraproducente, pois a tentativa de ignorar emoções dolorosas serve apenas para torná-las mais frequentes e angustiantes (Abramowitz, 2001). Além disso, na tentativa de evitar o sofrimento, os indivíduos podem evitar pessoas, lugares, recursos e experiências que promoveriam o enfrentamento ativo e melhorariam o bem-estar, e os indivíduos que usam drogas ou álcool como método de enfrentamento evitativo podem experimentar os efeitos negativos compostos de abuso de substâncias.

Ter depressão prévia ao diagnóstico de HIV também produz efeitos negativos no comportamento do indivíduo e influencia a rejeição da sorologia. Isso porque o paciente deprimido tende a somatizar sua sintomatologia e internalizar um contexto pessimista, melancólico e doloroso (Chenerack, 2018). Assim, o indivíduo infectado que nega a doença possui risco maior para desfechos desfavoráveis a si mesmo e a seus parceiros, uma vez que, muitas vezes, não adere ao tratamento, trazendo, por consequência, chances de evolução para a Aids e aumento de transmissibilidade da infecção (Cecchini, 2019).

Por fim, há evidências de que intervenções para reduzir o enfrentamento evitativo podem ser necessárias nos primeiros três meses após o diagnóstico para melhorar a saúde mental. A utilização de psicoterapias constitui um exemplo de estratégia para auxiliar no processo. A aceitação do diagnóstico precoce da infecção pelo HIV e a busca por um controle apropriado, apoiado na

conscientização do autocuidado, tornam-se os meios de se conseguir uma melhor condição de saúde (Chenerack, 2018).

Adesão ao tratamento antirretroviral no contexto dos transtornos mentais

Foi consenso entre os artigos revisados a relação entre a baixa eficácia na adesão à TARV e o sofrimento mental. Para Rahmati (2021), a ansiedade em pacientes com HIV/Aids pode prejudicar a adesão ao tratamento, e, ainda, foi mencionado por Camargo (2014) que os pacientes com sintomas depressivos podem ser três vezes mais propensos à não adesão ao regime terapêutico. Para Biello (2016), a depressão pode levar à perda de interesse, sentimentos de inutilidade e tendências suicidas, o que dificulta a participação dos indivíduos no autocuidado. Mesmo quando há somente sintomatologia depressiva e/ou ansiosa, a propensão a não aderir é quase o dobro do que na população em geral (Been, 2018). Ademais, ter ao menos um problema de saúde psicossocial reduziu em 23% a chance de aderência (Biello, 2016), e inúmeros fatores associaram-se ao abandono da terapia e aos transtornos mentais, como baixa rede de apoio, vulnerabilidade socioeconômica e dependência química (Granada, 2018).

A adesão à TARV conduz a um progresso na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids, trazendo melhora do estado imunológico, diminuição da carga viral e redução da taxa de mortalidade pela doença (BRASIL, 2008). Além disso, a adesão é um processo colaborativo, de negociação entre usuário e profissionais de saúde e que visa fortalecer a autonomia para o autocuidado (BRASIL, 2008). Avalia-se a efetividade da adesão através de medidas subjetivas, baseadas em autorrelatos; e objetivas, por meio de exames laboratoriais (linfócitos T CD4 e carga viral), utilização de medicamentos (Bonolo, 2007) e pelos registros de retirada de medicações (Caraciolo, 2007).

Diversos fatores são mencionados pelos artigos desta revisão como influentes no processo de adesão ao tratamento. Na América Latina, onde a epidemia de HIV apresenta elevada prevalência (15%) em homens que fazem sexo com outros homens (Beyrer, 2012), esses fatores podem ser decorrentes do estigma e da discriminação causada pela homofobia (Cáceres, 2008). O estigma pode ser internalizado e se manifestar como fatores psicossociais de nível individual, incluindo depressão e uso de substâncias (Diaz, 2001). A

depressão e histórico de eventos de vida estressantes (Mugavero, 2009) também estão associados à diminuição da adesão à TARV. A alta carga de fatores psicossociais pode prejudicar os esforços de prevenção secundária, tornando mais difícil para os indivíduos iniciar e aderir aos regimes de TARV (Gonzalez, 2011).

A teoria sindêmica desenvolvida por Singer defende que o agrupamento e a interação de múltiplas epidemias afetam negativamente a saúde (Singer, 2006). Ela reconhece o papel de estruturas sociais adversas, como pobreza ou discriminação, em facilitar o agrupamento de múltiplas condições de saúde concomitantes (Oldenburg, 2014). Recentemente, um quadro sindêmico foi aplicado ao papel de múltiplos fatores psicossociais e adesão à TARV nos EUA (Blashill, 2014), sugerindo que múltiplos fatores sindêmicos psicossociais estão associados à adesão reduzida à TARV e com carga viral detectável.

Fatores relacionados ao estresse psíquico e à não adaptação da rotina ou estilo de vida com as medicações, assim como a ocorrência de psicopatologias e a falta de suporte familiar ou social consistem nos principais impasses para uma terapêutica adequada (Camargo, 2014). Um estudo realizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, partiu do pressuposto de que depressão e ansiedade são comuns entre pacientes com HIV/aids, e buscou investigar se de fato podem ser preditores de não adesão terapêutica. Dos 293 indivíduos avaliados em dois centros de referência, 51,5% e 40,6% tinham sintomas de ansiedade e depressão, respectivamente, que iam de leves a severos. A prevalência de não adesão foi de 37,2% e os resultados apontaram risco elevado de não adesão para os pacientes com sintomas severos de ansiedade (Campos, 2010).

Foi encontrada na literatura associação entre não adesão e sintomas depressivos, na qual os pacientes com esses sintomas chegaram a ser considerados três vezes mais propensos à não adesão ao regime terapêutico quando comparados aos sem sintomatologia (Ammassari, 2004). A principal hipótese é a de que a depressão pode levar à perda de interesse pela vida, sentimentos de inutilidade (Gonzalez, 2011) e tendências suicidas. Esses sintomas podem dificultar a participação dos indivíduos no autocuidado, incluindo o comparecimento às consultas e o uso da TARV conforme prescrito. A sintomatologia depressiva é capaz de interferir em cada etapa do tratamento contínuo do HIV, incluindo o engajamento no tratamento e a supressão viral (Pence, 2012), além de aumentar o risco para desfechos clínicos negativos, pois influencia a qualidade de vida ao reduzir a adesão medicamentosa e,

possivelmente, traz agravamento da progressão da doença e mortalidade (Nanni, 2015).

Os dados da literatura analisada mostraram que diversos aspectos podem influenciar e afetar a TARV, e que os fatores psicopatológicos foram condições comumente encontradas em pessoas com HIV. Para Biello (2016), a coocorrência desses fatores com a infecção pode multiplicar os efeitos negativos à saúde desse grupo populacional, sugerindo que os esforços de prevenção secundária do HIV com o objetivo de melhorar os resultados do tratamento devem incorporar elementos para abordar os sintomas psicossociais, incluindo terapias variadas.

Ideação suicida, psicopatologias e HIV/Aids

Sete artigos desta revisão (50%) revelaram elevado índice de ideação suicida nas pessoas que vivem com HIV/Aids e apontaram relação entre problemas psicossociais e aumento na sintomatologia suicida. Em estudos realizados na Argentina, 21% dos participantes relataram ideação suicida na última semana e, para o autor, viver com HIV é uma das condições mais amplamente documentadas que aumentam o risco de suicídio (Mandell, 2019). Ademais, os transtornos mentais também apresentaram maiores chances de ideação suicida nesse grupo. Para Rahmati (2021), a ansiedade induzida pelo HIV afeta o desempenho pessoal nas relações sociais e na vida cotidiana, trazendo exclusão, isolamento e, em casos mais graves, suicídio. Em outro estudo, 35,6% dos participantes relataram ideação suicida ao longo da vida (Rodriguez & Sued, 2018).

Pesquisas encontradas na literatura internacional apontam que pessoas que vivem com a doença têm três a 9 vezes mais probabilidade de morrer por suicídio do que as não infectadas pelo vírus (Aldaz, 2011) e ressaltam, ainda, que a depressão e a ansiedade encontram-se fortemente relacionadas à ideação suicida, uma vez que, muitas vezes, os pacientes veem o suicídio como uma maneira de libertar-se do sofrimento físico, psíquico, da discriminação e do isolamento somatizados pelos transtornos mentais (Wang, 2018). Em estudos prévios, a sintomatologia depressiva foi capaz de exacerbar sentimentos de desesperança sobre o HIV, aumentando a sensação de sobrecarga e impactando negativamente os comportamentos do indivíduo (Singer, 2017).

Em estudos realizados em Buenos Aires, foi encontrada uma prevalência de 28% de ideação suicida em pessoas que vivem com HIV/Aids nas últimas

duas semanas e 35,6% ao longo da vida. Além disso, a ideação suicida nessa população associou-se à idade jovem, sexo masculino, tempo desde o diagnóstico do HIV, sintomas relacionados à doença, gravidade do estágio da doença, efeitos colaterais da medicação, depressão e percepção do estigma. Outro fator importante é que essa população, quando não aderente, pode ter risco maior de suicídio, sugerindo a necessidade de identificar fatores associados à tendência suicida para informar os programas de prevenção e intervenção no tratamento do HIV, incluindo intervenções destinadas a aumentar o envolvimento, a adesão e a retenção nos cuidados, bem como o gerenciamento do risco de suicídio nesse contexto específico (Rodriguez & Sued, 2018).

Para Mandell (2019), o HIV é uma das doenças que possui maior risco de suicídio. Isso porque os níveis de estigma associados à infecção são significativos, o que pode aumentar sentimentos de não pertencimento combinados com a sensação de ser um fardo para os outros - conceitos de pertencimento frustrado e fardo percebido, conforme proposto pela teoria psicológica interpessoal do suicídio (Orden, 2010).

A maioria das pessoas que vivem com HIV/Aids experiencia sintomas relacionados à infecção ou a doenças oportunistas causadas pela Aids, e isso pode aumentar o risco de tentativas de suicídio pelo desgaste emocional relacionado ao aumento do sofrimento psicológico e pela diminuição do medo da morte, contribuindo para a capacidade adquirida para o suicídio. Os sentimentos dos pacientes sobre o envolvimento no tratamento do HIV, como a motivação e a autoeficácia para aderir e a qualidade da relação paciente-profissional, são de extrema importância na investigação para prevenir o afastamento dos cuidados e o risco de suicídio (Rice, 2019).

Ademais, as pessoas que vivem com HIV/Aids recém-diagnosticadas frequentemente relatam medo de discriminação, desafios para construir confiança e julgamentos pela revelação intencional ou acidental do status de HIV, fatores que podem impedir o estabelecimento de relacionamentos que sirvam como apoio à essa população (Audet, 2013). As respostas pós-diagnóstico também podem incluir uma sensação de “perder o eu”, confusão em relação ao tratamento, morte e estigma, que podem ser intensificados pela ausência do suporte familiar. E, nesse contexto de recebimento do diagnóstico, combinado ao inadequado apoio social, frequentemente se observam altos índices de depressão com sintomatologia suicida.

Há a necessidade de intervenções inovadoras que promovam acesso e utilização de tratamento e saúde mental. Entre os indivíduos infectados que

morreram por suicídio na era da TARV, mais de um quinto daqueles com diagnóstico de saúde mental não estavam recebendo nenhum tratamento psiquiátrico. Fornecer cuidado em saúde mental em serviços especializados em HIV pode remover barreiras de acesso ao tratamento. Abordar as barreiras estruturais para a triagem e encaminhamento psiquiátricos pode promover uma abordagem integrada para atendimento especializado em HIV que tem o potencial de atender de forma mais eficaz às necessidades de pessoas que vivem com HIV/Aids (Keiser, 2010).

Por fim, os dados deste estudo sugerem que o monitoramento e o rastreamento da tendência suicida devem ser um componente de rotina no atendimento clínico. A revisão mostra presença notável de pensamentos, planos e atos suicidas em pessoas que vivem com HIV/Aids, resultando em autoagressão e morte. Ademais, pelo elevado risco de transtornos mentais nessa população, a avaliação e o tratamento deles e da ideação suicida podem otimizar os resultados do próprio tratamento para a infecção (Bengtson, 2016), uma vez que melhoram índices de adesão. Nesse sentido, é de suma importância que haja formação da equipe multiprofissional em saúde em temáticas acerca do diagnóstico das psicopatologias e da avaliação do uso de substâncias na prática clínica; já que prevenir, gerenciar e tratar a sintomatologia psicopatológica pode reduzir e muito a tendência suicida nesses pacientes (Teti, 2013).

Conclusão

De acordo com a literatura revisada e considerando as limitações da pesquisa, conclui-se que pessoas que vivem com HIV/Aids na América Latina possuem elevada prevalência e risco de desenvolver transtornos mentais. Ademais, verificou-se que o HIV consiste em um fator importante para sofrimento psicológico, o qual, quando não tratado, interfere na qualidade de vida dessa população.

Foi identificada, também, associação entre transtornos mentais, rejeição à infecção e não adesão ao tratamento, uma vez que pessoas que vivem com HIV/Aids não aderentes possuem risco ainda maior para psicopatologias. Assim, observou-se a necessidade em abordar os problemas psicossociais concorrentes como potenciais barreiras à aceitação ao diagnóstico e adesão à TARV na América Latina, visto que isso pode melhorar a eficácia das intervenções de prevenção secundária.

Quadro 1: Literatura acadêmica sobre os transtornos mentais experienciados por pessoas que vivem com HIV/aids, 2023

Título	Autores	Local de estudo	Resultados
Aging with HIV in Latin America and the Caribbean: a Systematic Review	Cabrera DM, Díaz MM, Grimshaw A, Salvatierra J, Garcia PJ, Hsieh E.	América Latina e Caribe	Houve forte relação entre sintomas de depressão e soropositividade para o HIV. Os fatores de risco para piores sintomas depressivos incluíam ser do sexo feminino, menor contagem de células CD4 e ser fumante atual. Aqueles com depressão tendem a ter pior comprometimento funcional.
The worldwide prevalence of anxiety in Aids patients: A systematic review and meta-analysis	Rahmati J, Ahmadi S, Rezaei S, Hosseinifard H, Dehnad A, Shabaninejad H, et al	América Latina, Europa, Ásia	Os resultados baseados no modelo de efeitos aleatórios mostraram que a taxa de prevalência de ansiedade nos pacientes foi de 25% e que os homens são os mais afetados.
Examining How Health Navigation Affects Mental Health Among Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men Living with HIV in Guatemala	Davis DA, Angeles G, McNaughton-Reyes L, Matthews DD, Muessig KE, Northbrook S, Barrington C.	Guatemala	No início do estudo, quase um terço apresentou resultado positivo para ansiedade (28,9%) e 19,1% apresentou resultado positivo para depressão.

<p>Saúde mental, suporte familiar e adesão ao tratamento: associações no contexto HIV/Aids</p>	<p>Camargo, L. A., Capitão, C. G.</p>	<p>Brasil</p>	<p>Os dados de saúde mental, obtidos por meio do QSG (Questionário de Saúde Geral de Goldberg), indicam que cerca de 30% a 35% da amostra apresenta perfil sintomático para transtorno mental.</p>
<p>Factores asociados al abandono de terapia antirretroviral de alta efectividad en pacientes con vih/sida en un hospital de tercer nivel</p>	<p>Granada, A. M., Vanegas, C., Forero, E., Silva, C., Vergara, E. P.</p>	<p>Colômbia</p>	<p>64% apresentavam alguma patologia psiquiátrica associada. Os fatores que se associaram à não adesão foram a psicopatologia e a fraca rede de apoio.</p>
<p>Global prevalence of depression in HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis</p>	<p>Rezaei S, Ahmadi S, Rahmati J, Hosseinifard H, Dehnad A, Aryankhesal A, et al.</p>	<p>América do Sul, Europa</p>	<p>Os resultados da análise baseada no modelo de efeitos aleatórios revelaram que a taxa de prevalência de depressão em pacientes com HIV/AIDS foi de 31%. Enquanto isso, a maior taxa de prevalência de depressão com base no continente foi na América do Sul em 44% e a menor taxa foi na Europa em 22%.</p>

<p>Suicidal ideation among adults re-engaging in HIV care in Argentina</p>	<p>Mandell, L.N., Rodriguez, V.J., De La Rosa, A. et al.</p>	<p>Argentina</p>	<p>16% dos participantes relataram uma história de anomalias perceptivas ao longo da vida, 28% endossaram depressão moderada a grave e 21% relataram ideação suicida na última semana. De maneira geral, idade mais jovem, menos meses desde o início da TARV, sintomatologia depressiva aumentada, abuso de drogas e álcool, história de alucinações ao longo da vida, diminuição da motivação, autoeficácia e a qualidade do relacionamento paciente-prestador foram associados à ideação suicida.</p>
<p>Anxiety, depression and treatment adherence among HIV-infected migrants</p>	<p>Been SK, Schadé A, Bassant N, Kastelijns M, Pogány K, Verbon A.</p>	<p>América Latina, África, Europa Ocidental</p>	<p>Mais de 34% dos participantes estavam em sofrimento psicológico. E em 57% deles houve um diagnóstico formal de depressão ou transtorno de ansiedade com base no CIDI (Composite International Diagnostic Interview). O rastreio de sintomas de ansiedade e depressão deve fazer parte do tratamento dos migrantes que vivem com HIV dada a associação com a não adesão autorrelatada.</p>

<p>Multiple syndemic psychosocial factors are associated with reduced engagement in HIV care among a multinational, online sample of HIV-infected MSM in Latin America</p>	<p>Biello KB, Oldenburg CE, Safren SA, Rosenberger JG, Novak DS, Mayer KH, Mimiaga MJ.</p>	<p>América Latina</p>	<p>Mais de um terço (34,7%) dos participantes fez triagem para depressão clínica, 12,7% relatou ter pensado em suicídio no último mês e 17,5% relatou uso abusivo de álcool. Além disso, 10,2% relataram qualquer uso de drogas pesadas no contexto de sexo nos últimos 30 dias. Aproximadamente um quinto dos entrevistados (19,6%) atingiram o limite para compulsão sexual.</p>
<p>Suicidality among nonadherent patients living with HIV in Buenos Aires, Argentina: prevalence and correlates</p>	<p>Rodriguez VJ, Sued O, Cecchini D, Mandell LN, Bofill LM, Weiss SM, Cassetti I, Cahn P, Jones DL.</p>	<p>Argentina</p>	<p>28% dos participantes relataram ideação suicida nas últimas duas semanas e 35,6% relataram ideação suicida ao longo da vida. Dois participantes (1,7%) relataram tentativas de suicídio no último mês e 19,5% relataram tentativas de suicídio ao longo da vida. Nas análises bivariadas, frequentar uma clínica pública, ser do sexo feminino, ser mais jovem, estar desempregado e ter maior estigma e depressão estiveram associados à ideação suicida.</p>

<p>Women of Reproductive Age Living with HIV in Argentina: Unique Challenges for Reengagement in Care</p>	<p>Cecchini D, Alcaide ML, Rodriguez VJ, Mandell LN, Abbamonte JM, Cassetti I, Cahn P, Sued O, Weiss SM, Jones DL.</p>	<p>Argentina</p>	<p>43,8% das participantes relatou já ter experimentado depressão maior e 53,7% relatou ter experimentado sintomatologia ansiosa. 35,2% relatou ter tido ideação suicida e 21% relatou ter tentado suicídio. 46,3% relatou ter passado por problemas emocionais (ansiedade, depressão ou pensamentos suicidas) no último mês.</p>
<p>Low Quality of Life, Falls, and Pre-Frailty are Associated with Depressive Symptoms in Virologically Suppressed PLWHIV in Salvador, Brazil</p>	<p>Araujo RA, Amaral S, Tolentino A, Zeballos D, Montaña I, Souza LS, Lins-Kusterer L, Brites C.</p>	<p>Brasil</p>	<p>A prevalência de sintomas depressivos foi de 19,5%. Apenas 17,3% dos pacientes com sintomas depressivos relataram ter diagnóstico prévio de depressão e 7,7% faziam uso de medicação antidepressiva.</p>

<p>An evaluation of quality of life and its determinants among people living with HIV/AIDS from Southern Brazil</p>	<p>Passos SM, Souza LD.</p>	<p>Brasil</p>	<p>34,4% dos participantes apresentavam sinais de depressão e 46,9% de ansiedade. A literatura relata que níveis aumentados de estresse e depressão aceleram a deterioração do sistema imunológico e a progressão da doença.</p>
<p>Sinais e sintomas de ansiedade e depressão em pessoas vivendo com HIV: Estudo transversal</p>	<p>Santos V, Maia IC, Pedrosa SC, et al</p>	<p>Brasil</p>	<p>A prevalência dos sinais e sintomas de ansiedade e depressão foi de 22,3% e 16,4%, respectivamente. Homens apresentaram menos sintomas de depressão que as mulheres. Ter filhos aumentou 3,2 vezes as chances de sinais e sintomas de ansiedade. Histórico de outras IST aumentou em 2,4 vezes a chance de ansiedade e histórico de internações aumentou em 3,3x a chance de depressão.</p>

Fonte: elaborado pelos autores, 2023

Referências

ABERS, M.S.; SHANDERA, W. X.; KASS, J. S. Neurological and Psychiatric Adverse Effects of Antiretroviral Drugs. **CNS drugs**, v. 28, n. 2, p. 131–145, 2010.

ABRAMOWITZ JS, TOLIN DF, STREET GP. Paradoxical effects of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies. **Clin Psychol Ver** 2001 Jul;21(5):683-703.

ALDAZ P, MORENO-IRIBAS C, EGÜÉS N, IRISARRI F, FLORISTAN Y, SOLA-BONETA J, CASTILLA J.

Mortality by causes in HIV-infected adults: Comparison with the general population. **BMC Public Health** 2001, 11(300).

AMMASSARI, A., ANTINORI, A., ALOISI, M. S, TROTTA, M. P, MURRI, R., BARTOLI, L., MONFORTE, A. A, WU, A. W., & STARACE, F. Depressive symptoms, neurocognitive impairment, and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected persons. **Psychosomatic** 2004;45(5):394-402.

AUDET CM, MCGOWAN CC, WALLSTON KA, KIPP AM. Relationship between HIV stigma and self-isolation among people living with HIV in Tennessee. **PloS one** 2013 8(8): e69564.

Bandura A. Social Cognitive Theory and Exercise of Control over HIV Infection. In: DICLEMENTE RJ, PETERSON JL, editors. **Prev AIDS Springer**; US, 1994.

BEEN SK, SCHADÉ A, BASSANT N, KASTELIJNS M, POGÁNY K, VERBON A. Anxiety, depression and treatment adherence among HIV-infected migrants. **AIDS Care** 2019, Aug;31(8):979-987.

BENGTSON AM, PENCE BW, GAYNES BN, QUINLIVAN EB, HEINE AD, O'DONNELL JK, O'CLEIRIGH C. Improving depression among HIV-infected adults: Transporting the effect of a depression treatment intervention

to routine care. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes** 2016, 73(4): 482–488.

BEYRER C., BARAL S. D., VAN GRIENSVEN F., GOODREAU S. M., CHARİYALERTSAK S., WIRTZ A. L., BROOKMEYER R. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. **The Lancet** 2012, 380(9839): 367–377.

BIELLO KB, OLDENBURG CE, SAFREN SA, ROSENBERGER JG, NOVAK DS, MAYER KH, MIMIAGA MJ. Multiple syndemic psychosocial factors are associated with reduced engagement in HIV care among a multinational, online sample of HIV-infected MSM in Latin America. **AIDS Care** 2016, 28 Suppl 1(sup1):84-91.

BLASHILL A. J., BEDOYA C. A., MAYER K. H., O'CLEIRIGH C., PINKSTON M. M., REMMERT J. E., SAFREN S. A. Psychosocial syndemics are additively associated with worse art adherence in HIV-infected individuals. **AIDS and Behavior** 2014, 19(6):981-6.

CACERES C. F., KONDA K., SEGURA E. R., LYERLA R. Epidemiology of male same-sex behavior and associated sexual health indicators in low- and middle-income countries: 2003–2007 estimates. **Sexually Transmitted Infections** 2008, 84 Suppl 1(Suppl_1):i49-i56.

CAMARGO, L. A., CAPITÃO, C. G. **Saúde mental, suporte familiar e adesão**. Psico-USF, Bragança Paulista, 2014.

CAMPOS, L. N., GUIMARÃES, M. D. C., & REMIEN, R. H. Anxiety and depression symptoms as risk factors for non-adherence to antiretroviral therapy in Brazil. **AIDS Behav** 2010, 14(2): 289–299.

CECCHINI D, ALCAIDE ML, RODRIGUEZ VJ, MANDELL LN, ABBAMONTE JM, CASSETTI I, CAHN

P, SUED O, WEISS SM, JONES DL. Women of Reproductive Age Living with HIV in Argentina: Unique Challenges for Reengagement in Care. **J Int Assoc Provid AIDS Care** 2019, Jan-Dec:18:2325958219883250.

CLEMENT U, SCHONNESSON LN. Subjective HIV attribution theories, coping and psychological functioning among homosexual men with HIV. **AIDS Care** 1998, 10(3):355-63.

DIAZ R. M., AYALA G., BEIN E., et al. The Impact of homophobia, poverty, and racism on the mental health of gay and bisexual Latino men: Findings from 3 US cities. **American Journal of Public Health**, 2001, 91(6): 927–932.

GEOCZE L. Qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes portadores de HIV. **Rev. Saúde Pública** 2010, 44 (4).

GONZALEZ J. S., BATCHELDER A. W., PSAROS C., SAFREN S. A. Depression and HIV/AIDS treatment nonadherence: A review and meta-analysis. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, 2011, 1; 58(2): 10.1097/QAI.0b013e31822d490a.

KEISER O, SPOERRI A, BRINKHOF MWG, HASSE B, GAYET-AGERON A, TISSOT F, CHRISTEN A, BATTEGAY M, SCHMID P, BERNASCONI E, EGGER M. Suicide in HIV-infected individuals and the general population in Switzerland, 1988-2008. **Am J Psychiatry**, 2010, 167(2):143-50.

KESSLER, R. C. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. **World Psychiatry**. 2007 Oct; 6(3): 168–176.

MALBERGIER A. **Aids e psiquiatria - um guia para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

MALBERGIER A, SCHÖFFEL A. Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. **Rev Bras Psiquiatria** 2001, 23 (3).

MANDELL, L.N., RODRIGUEZ, V.J., DE LA ROSA, A. et al. Suicidal Ideation Among Adults Re-engaging in HIV Care in Argentina. **AIDS Behav** 2019, 23(12): 3427–3434.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008.

MOSKOWITZ JT, HULT JR, BUSSOLARI C, ACREE M. What works in coping with HIV? A meta-analysis with implications for coping with serious illness. **Psychol Bull** 2009, 135(1):121-41.

MUGAVERO M. J., RAPER J. L., REIF S., WHETTEN K., LESERMAN J., THIELMAN N. M., PENCE B. W. Overload: Impact of incident stressful events on antiretroviral medication adherence and virologic failure in a longitudinal, multisite human immunodeficiency virus cohort study. **Psychosomatic Medicine** 2009, 71(9):920-6.

NANNI MG, CARUSO R, MITCHELL AJ, et al. Depression in HIV Infected Patients: A Review. **Curr Psychiatry Rep** 2015, 17(1):530.

OLDENBURG C. E., PEREZ-BRUMER A. G., REISNER S. L. Poverty matters: Contextualizing the syndemic condition of psychological factors and newly diagnosed HIV infection in the United States. **AIDS** 2014, 28(18): 2763–2769.

OLISAH, V.O. Neuropsychiatric manifestations of hiv infection and aids. In: DUMAIS, N. (Ed.). **HIV AND AIDS – updates on biology, immunology, epidemiology and treatment strategies**. Rijeka: Teodora, 2011.

PENEDO FJ, GONZALEZ JS, DAVIS C, DAHN J, ANTONI MH, IRONSON G, et al. Coping and psychological distress among symptomatic HIV + men who have sex with men. **Ann Behav Med**, 2003, 25(3):203-13.

RAHMATI J *et al*. The worldwide prevalence of anxiety in acquired immune deficiency syndrome patients: A systematic review and meta-analysis. **Med J Islam Repub Iran**, 2021.

REZAEI et al. Global prevalence of depression in HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Support Palliat Care**. 2019

RODRIGUEZ VJ, SUED O, CECCHINI D, MANDELL LN, BOFILL LM, WEISS SM, CASSETTI I, CAHN P, JONES DL. Suicidality among nonadherent patients living with HIV in Buenos Aires, Argentina: prevalence and correlates. **AIDS Care**, 2018.

SADOCK, B.J., & SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9a ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SINGER M. C., ERICKSON P. I., BADIANE L., DIAZ R., ORTIZ D., ABRAHAM T., NICOLAYSEN A. M. Syndemics, sex and the city: Understanding sexually transmitted diseases in social and cultural context. **Social Science & Medicine**, 2006.

SINGER M, BULLED N, OSTRACH B, MENDENHALL E. Syndemics and the biosocial conception of health. **Lancet**, 2017.

SOUZA, MT; SILVA, MD; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. Einstein, São Paulo, 2010.

TARAKESHWAR N, HANSEN N, KOCHMAN A, SIKKEMA KJ. Gender, ethnicity and spiritual coping among bereaved HIV-positive individuals. **Ment Health Relig Cult**, 2005.

TETI GL, REBOK F, GRENDA LN, RODANTE D, FÓGOLA A, DARAY FM. Patients hospitalized for suicidal ideation and suicide attempt in a Mental Health Hospital: Clinicodemographical features and 6-month follow-up. **Vertex** 2014;25(115):203-12.

UNAIDS. **Estratégia global para aids 2021-2026**. Nova Estratégia Sumário Executivo, v. 3, 2021.

VAN ORDEN KA, WITTE TK, CUKROWICZ KC, BRAITHWAITE SR, SELBY EA, JOINER TE Jr. The interpersonal theory of suicide. **Psychol Rev**, 2010.

WAIDMAN, M.A.P. Viver com aids e sofrer psiquicamente. **Rev. Rene**, v. 12, n. 1, 2011.

WANG W, XIAO C, YAO X, YANG Y, YAN H, Li S. Psychosocial health and suicidal ideation among people living with HIV/AIDS: a cross-sectional study in Nanjing, China. **Plos one**, 2018.

Sobre os autores

Alcindo Antônio Ferla

Médico (UFRGS, 1996), doutor em educação (UFRGS, 2002), professor associado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), professor permanente nos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRGS), Psicologia (UFPA) e Saúde da Família (UFMS), professor colaborador no Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA - ILM/ Fiocruz Amazônia/FAPEAM) e professor visitante na Universidade Católica Redemptoris Mater (UNICA), Nicaragua. Atua como investigador visitante do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/ Fiocruz Amazonia/FAPEAM), como membro titular da Câmara Técnica de Estudos Integrados de Controle e Participação e Social (CTEICPS) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e como Coordenador Geral da Associação Rede Unida.

E-mail: ferlaalcindo@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9408-1504>

Amanda Laís Maciel Kugeratski

Estudante de Graduação em Psicologia. Bolsista do Núcleo de Defesa dos Direitos da Infância e Juventude - NEDDIJ. Universidade Estadual do Centro-Oeste/PR.

e-mail: amandalaismk@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-9452-7219>

Amanda Pessoa

Estudante de Graduação em Psicologia. Universidade Estadual do Centro-Oeste/PR.

e-mail: dandahps@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-3208-5007>

Ana Cláudia Pimentel

Estudante de Graduação em Medicina. Universidade Federal de Santa Catarina/Araranguá

Email: ana.pimentel0402@gmail.com

Ana Meirellen Souza França

Graduanda em Medicina. Faculdade Santo Agostinho (FASA).

e-mail: anameirellensouza1@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-7771-0531>

Ana Paula Chagas Monteiro Leite

Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Pará, pesquisadora da Universidade Federal do Pará (UFPA).

e-mail: anapcmonteiroleite@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8182-1307>

André Crescêncio de Souza

Psicólogo, Residente do Programa Multiprofissional em Saúde Coletiva, UNESC.

e-mail: andrecdsouza@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6297-8667>

Any Soares Santana

Bacharela em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

e-mail: any.soares@hotmail.com

Bethania Santos Vieira Rohling

Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela UFSC. Prefeitura

Municipal de Fraiburgo - Centro de Atenção Psicossocial

e-mail: bethania.rohling@fraiburgo.sc.gov.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1279-0188>

Bruna Battistelli

Doutora em Psicologia Social e Institucional, professora adjunta na Universidade Federal do Paraná no Departamento de Teorias Fundamentos da Educação/DTFE.

e-mail: brunabattistelli.ufpr@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0973-0934>

Bruna Teixeira da Costa

Graduanda em Medicina, Instituto Multidisciplinar em Saúde - Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA)

e-mail: brunatc@ufba.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4227-0060>

Caio Milhomem

Graduação em Serviço Social. Assistente Social na Secretaria de Saúde/Distrito Federal.

e-mail: caio.sersocial@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-4809-9324>

Carlos Alberto Severo Garcia-Jr. (org)

Doutor em Ciências Humanas (UFSC), professor adjunto do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Campus Araranguá, Santa Catarina.

e-mail: carlosgarciajunior@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3367-4151>

Carlos Eduardo Pimentel

Doutor em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba.

e-mail: cep@academico.ufpb.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3894-5790>

Cicero Roberto Pereira

Doutor em Psicologia Social, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3406-3985>

Cláudia Regina Radaelli

Psicóloga, especialista em saúde pública.

e-mail: clauradaelli@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-7249-3740>

Cristiane Damiani Tomasi

Doutorada em Ciências da Saúde (UNESC). Professora Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UNESC).

E-mail: cdtomasi@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1813-765X>

Daiana Maria Batista

Assistente Social, gerente do APOIAR.

e-mail: dmbatista@caxias.rs.gov.br

Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-2367-7534>

Dayana Christina Ramos de Souza Juliano

Assistente Social, Doutoranda em Serviço Social no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFRJ. Assistente Social no Terceiro Setor no Complexo de Favelas da Maré.

E-mail: dayana.seso@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8799-7429>

Débora Cristina Nascimento de Lima

Doutoranda em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba.

e-mail: deboracristinalima58@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6917-17974>

Débora Luiza Marques

Psicóloga, Especialista, trabalhadora SUAS - Paratama (PE).

e-mail: deboramarques7@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-1129-6183>

Eloísa Harmuch

Estudante de Graduação em Psicologia. Universidade Estadual do Centro-Oeste/PR

e-mail: eloisaharmuch0806@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-0359-0268>

Emille Macedo Braga

Graduanda em Psicologia, Instituto Multidisciplinar em Saúde - Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA).

e-mail: emillebragam@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3853-4505>

Enzo Pietro Oliveira Almeida

Graduando em Medicina, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Vitória da Conquista (BA).

e-mail: enzopietro@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-4210-1139>

Fernanda de Santana Rabelo

Graduanda em Medicina. Instituto Multidisciplinar em Saúde - Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA).

e-mail: fernanda.rabelo@ufba.br

Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-0861-7103>

Fernanda Ribeiro Feola

Especialista em Saúde Mental Coletiva - UFRGS, Psicóloga do Centro Multidisciplinar da Prefeitura de Balsa Nova- PR.

e-mail: fernandaribeiroteola123@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5540-6399>

Gabriela de Moraes Sganzerla

Psicóloga. Bolsista do Núcleo de Defesa dos Direitos da Infância e Juventude - NEDDIJ

Universidade Estadual do Centro-Oeste/PR.

e-mail: gabisganz@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1287-6328>

Gabriela Fernandes Chaves Lira

Mestre em Política Social. Assistente Social na Secretaria de Saúde Distrito Federal.

e-mail: gabriela_fernandesc@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7099-4504>

Geovana Liebl

Especialista em Psicologia Analítica pela PUC/PR. Prefeitura Município de Fraiburgo - Centro de Atenção Psicossocial.

e-mail: geovana.liebl@fraiburgo.sc.gov.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6904-2669>

Gisele Martins Gomes

Mestra em Saúde Coletiva. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS). Coordenadora da política de Saúde da População Negra de Porto Alegre.

e-mail: gisaedu@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4937-8712>

Grazyelle Sarah Gois Aguiar

Graduanda em Serviço Social. Universidade de Brasília.

e-mail: grazyelle.aguiar@aluno.unb.br

Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-2804-3242>

Helena Moraes Cortes

Enfermeira, Doutora em Ciências pela SEUSP. Docente da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

e-mail: helena.cortes@ufsc.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8338-8400>

Heloísa Heim

Graduanda em Medicina. Instituto Multidisciplinar em Saúde - Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA).

e-mail: heloisaheim@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9608-6747>

Izabella Barison Matos

Doutora em Ciências - Saúde Pública (Fiocruz), professora visitante do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGCol) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

e-mail: izabmatos@gmail.com

Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-9879-4715>

Jaqueline Patrícia do Amaral

Especialista em Psicologia Existencialista Sartreana. Universidade do Sul de Santa Catarina.

e-mail: jaquelineamaral.psicologa@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-0290-2152>

Jeferson Rodrigues

Doutor em Enfermagem pela UFSC.

e-mail: jeferson.rodrigues@ufsc.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8612-9088>

João Batista de Oliveira Junior

Mestre em Saúde Coletiva, UFSC.

e-mail: jj.educauel@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4232-8165>

Joel Viegas Junior

Graduado em enfermagem (UNESC)

e-mail: joelviegasjunior@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-9731-243X>

Karin Martins Gomes

Doutora em Ciências da Saúde. Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC.

e-mail: karin@unesc.net

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5766-3110>

Károl Veiga Cabral

Psicóloga. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora da Universidade Federal do Pará (UFPA).

e-mail: karolveiga@ufpa.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5678-7859>

Kátia Goretti Veloso Lins

Psicóloga, Mestra em Educação (IMIP). Trabalhadora SUS - Hospital regional Dom Moura (PE).

e-mail: katlins13@msn.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0941-5371>

Lara Borges de Sousa Peres

Especialista em Gestalt-terapia. Psicóloga na Secretaria de Saúde/Distrito Federal.

e-mail: laraborgessousa@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-9623-4954>

Lara Rodrigues Santos Silva

Graduanda em Medicina, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

e-mail: lararsantoss@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-4322-0546>

Laura Regia Oliveira Cordeiro

Docente do curso de Medicina do Instituto Multidisciplinar em Saúde-Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA).

e-mail: lauraregia08@yahoo.com.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7031-7164>

Leticia Monteiro Bettiol

Fisioterapeuta, Mestranda em Saúde Coletiva, UNESC.

e-mail: leticiamonteirobettiol@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9977-8116>

Lisiane Tuon

Doutora em Medicina e Ciências da Saúde. Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC.

e-mail: lt@unesc.net

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0809-0712>

Lizandra da Silva Menegon

Doutora em Engenharia de Produção pela UFSC e Doutora em Saúde Coletiva pela UFSC.

e-mail: lizandramenegon@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1326-5211>

Luciana Rodrigues

Professora doutora do Departamento de Psicologia Social e Institucional e do PPGPS da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

e-mail: lurodrigues.psico@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0061-1402>

Luciane Bisognin Ceretta

Doutora em Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC.

e-mail: luk@unesc.net

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3294-341X>

Lucildina Muzuri Confero Sunde

Mestrado em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), professora do centro de Recursos de Educação Inclusiva Josina Machel, em Anchilo, na província de Nampula, Moçambique.

e-mail: lucildinaconterso@email.com

Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-4853-5552>

Lúcio Carvalho de Freitas Junior

Graduando em Psicologia. Universidade de Brasília.

e-mail: lucioct.junior@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-7581-3483>

Marcos Bauer Torriani

Profissional de Educação Física, Mestrando em Saúde Coletiva, UNESC.

e-mail: marcosbauer@unesc.net

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5890-1539>

Maria Victória Cecato Dal Magro

Estudante de Graduação em Psicologia. Bolsista do Núcleo de Defesa dos Direitos da Infância E Juventude - NEDDIJ. Universidade Estadual do Centro-Oeste/PR.

e-mail: mariavitoriadalmagro@gmail.com

Maycon Douglas Silva Ribeiro

Psicólogo Clínico, Pós-graduando em Direitos Humanos nas Relações Étnico-Raciais, Gênero e Diversidade pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Integrante da Articulação Nacional de Psicólogos(os) Negras(os) e Pesquisadoras(es) - Região Norte. (ANPSINEP).
e-mail: ribeiro.saudemental@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9846-2670>

Michele da Rocha Cervo

Psicóloga. Professora de Psicologia e Coordenadora do Núcleo de Defesa dos Direitos da Infância e Juventude - NEDDI. Universidade Estadual do Centro-Oeste/PR.
e-mail: mcervo@unicentro.br
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3523-9292>

Monique Brandao Santos Bastos

Bacharel em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.
e-mail: monique.brandao@hotmail.com

Monique Scapinello

especialista em saúde mental e mestranda do programa de pós-graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da UFSC.
e-mail: mo.scapinello@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2701-0092>

Nagila Francielle de Almeida Marques

Bacharel em Saúde. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.
e-mail: nana_am13@hotmail.com

Paula Hayasi Pinho

Psicóloga. Doutora em Ciências pela EEUSP. Docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.
e-mail: paulahpinho@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8922-0699>

Pedro Henrique Antunes da Costa

Doutor em Psicologia. Universidade de Brasília.

e-mail: phantunes.costa@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2404-8888>

Rafael Zaneripe de Souza Nunes

Mestre em Saúde Coletiva, UNESC.

e-mail: rataelzaneripe@unesc.net

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6195-0400>

Raíza Böger

Enfermeira especialista em Saúde Coletiva. Associação Educadora São Carlos-AESC

e-mail: raizaboger@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4309-4372>

Robenilson Moura Barreto

Psicólogo Social e Clínico. Psicanalista. Mestre em Psicologia Clínica pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará (PPGP-UFPA). Pesquisador do Laboratório de Psicanálise e Psicopatologia Fundamental da Universidade Federal do Pará (LPPF/UFPA). Docente de Psicologia na UNIEURO/Brasília.

e-mail: robenilsonbarreto@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8616-8792>

Roger Flores Ceccon (org.)

Doutor em Enfermagem (UFRGS), professor adjunto do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Campus Araranguá, Santa Catarina.

e-mail: roger.ceccon@hotmail.com

Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-0846-1376>

Sheila Rúbia Lindner

Doutora em Saúde Coletiva. Professora Departamento Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

e-mail: sheila.lindner@ufsc.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9724-1561>

Stallone Pereira Abrantes

Doutor em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Psicólogo no Terceiro Setor no complexo de favelas da Maré.

E-mail: stallone_abrantes@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5329-9670>

Stephany Yolanda Ril

Mestre em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina.

e-mail: stephanyril.ss@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1417-2244>

Suiane Magalhães Tavares

Doutoranda em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba.

e-mail: suianetavares1@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9769-3090>

Tatiane Vanessa Rodrigues Macarini

Psicóloga, Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).

e-mail: tatipsi@unesc.net

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4001-7731>

Thayris Queiroz Silva

Graduanda em Medicina. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

e-mail: queiroz.thayris@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-8711-3733>

Virginia de Menezes Portes

Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina.

e-mail: virginiaportes@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6604-1962>

Vitor Igor Fernandes Ramos

Farmacêutico, Mestrando em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará (PPGP/UFPa).

e-mail: vitor.ramos@ifch.ufpa.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3544-1351>

Wanessa Alessandra Braga Chagas

Mestra em Psicologia (UPE), trabalhadora SUAS-Paranatama (PE).

e-mail: wanessa.alessandra@yahoo.com.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6672-8243>

Yasmim Fabris Colonetti

Graduanda do curso de enfermagem (UNESC)

e-mail: yasmimcolonetti@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-8103-9340>



ISBN 978-65-5462-114-4



editora

redeunida

 **ESCOLA DE
SAÚDE COLETIVA**
Universidade Federal de Santa Catarina - Araranguá


PPGSCol
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE COLETIVA - UNESC


PPGSC | UFSC